

QUELLES SONT LES CONNAISSANCES  
ACTUELLES SUR LE CONCEPT DU  
RÉTABLISSEMENT ET SON IMPACT SUR  
LA PRATIQUE DES SOINS EN SANTÉ  
MENTALE DES PERSONNES ATTEINTES  
DE SCHIZOPHRÉNIE?

UNE REVUE DE LITTÉRATURE ÉTOFFÉE

TRAVAIL DE BACHELOR

PAULINE DÉVAUD  
MICHAEL PINTO MEIRELES

PROMOTION 2010 – 2013  
SOUS LA DIRECTION DE DOMINGAS RIBEIRO

HAUTE ÉCOLE DE SANTÉ FRIBOURG  
LE 01 JUILLET 2013

## RÉSUMÉ

### **Introduction**

Lors de nos stages en psychiatrie, nous avons côtoyé des patients atteints de schizophrénie avec lesquels il était difficile de créer une alliance thérapeutique, ce qui générerait bien souvent une problématique de non-adhérence et une instabilité. Un concept novateur, le concept du rétablissement, semble être une porte d'entrée intéressante pour aborder ce type de patients mais il implique de la part des soignants une mise à jour de leurs connaissances sur ce concept.

### **But**

Ce travail a pour but d'effectuer un état des lieux des connaissances actuelles sur le concept du rétablissement et une réflexion quant à l'impact qu'il a sur la pratique infirmière et les patients ainsi que sur les aspects de non-adhérence et d'alliance thérapeutique. Ceci afin de trouver des stratégies nous permettant d'adapter le rôle infirmier et la pratique, et d'intégrer ce concept dans les services de soins en santé mentale.

### **Méthode**

Afin de réaliser cette revue de littérature, une recherche sur diverses bases de données nous a permis de sélectionner 12 études. Pour bien cibler notre recherche, nous avons défini une liste de mots clés et intégré des critères d'inclusion et d'exclusion. La sélection de ces 12 articles s'est faite sur la base de grilles d'analyse critique qualitatives et quantitatives qui nous ont permis de juger de la pertinence de ceux-ci.

### **Résultats**

À la lecture de nos résultats, nous avons pu faire émerger 4 catégories nous permettant de répondre à notre question de recherche. Ces résultats décrivent les différentes perceptions et significations du rétablissement, l'impact du rétablissement sur la pratique des soins en santé mentale, les obstacles et aspects favorisant le rétablissement et les outils permettant de mesurer le niveau de rétablissement.

### **Conclusion**

Ce travail souligne l'importance de développer la recherche scientifique sur le concept du rétablissement en Suisse ainsi que de mettre en place une formation spécifique des soignants mais aussi des patients, en lien avec ce concept, afin que celui-ci puisse être appliqué dans les soins de façon optimale.

**Mesh Term:** recovery, schizophrenia, mental health service, recovery-oriented

## **REMERCIEMENTS**

Nous tenons à remercier notre directrice de Bachelor Thesis, Madame Domingas Ribeiro pour ses conseils et ses encouragements.

Nous aimerions également adresser nos plus sincères remerciements à Madame Catherine Dubey et Madame Deborah Perrinjaquet qui, par leurs conseils et leur soutien nous ont permis d'avancer à un moment crucial de notre travail.

Enfin, nous tenons à remercier Madame Chantal Dévaud et Madame Carla Pinto pour avoir relu notre travail avec patience et professionnalisme ainsi que pour leur soutien.

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	6
<b>1. Problématique</b>	9
1.1 Contexte d'émergence et motivation	9
1.2 Question de recherche et buts poursuivis	11
<b>2. Cadre conceptuel</b>	12
2.1 Concepts clés	12
2.1.1 <i>Le rétablissement</i>	12
2.1.2 <i>L'empowerment</i>	14
2.1.3 <i>L'alliance thérapeutique</i>	16
2.1.4 <i>La schizophrénie</i>	17
<b>3. Cadre de référence: le modèle préliminaire d'organisation des services orientés vers le rétablissement (MOPROSOR)</b>	19
<b>4. Méthodologie</b>	21
4.1 Choix du devis : La revue de littérature	21
4.2 Banque de données	21
4.3 Critères de sélection	22
4.3.1 <i>Critères d'inclusion</i>	22
4.3.2 <i>Critères d'exclusion</i>	22
4.4 Termes Mesh	22
4.5 Stratégies de recherche	23
<b>5. Résultats</b>	28
5.1 Perceptions et significations du rétablissement	29
5.2 L'impact du rétablissement sur la pratique des soins en santé mentale	31
5.2.1 <i>La pratique et le rôle infirmier axés sur le rétablissement</i>	31
5.2.2 <i>L'organisation des services axés sur le rétablissement</i>	33
5.3 Les obstacles et les aspects favorisant le rétablissement	36
5.3.1 <i>Les barrières et facilitateurs environnementaux</i>	36
5.3.2 <i>Les barrières et facilitateurs personnels</i>	37
5.4 Outils permettant de mesurer le niveau du rétablissement	38

<b>6. Discussion</b>	40
6.1 Regard critique sur les études	40
6.2 Discussion des résultats	41
6.2.1 <i>Perceptions et significations du rétablissement</i>	41
6.2.2 <i>L'impact du rétablissement sur la pratique des soins en santé mentale</i>	43
6.2.3 <i>Les obstacles et les aspects favorisant le rétablissement</i>	49
6.2.4 <i>Les outils permettant de mesurer le niveau de rétablissement</i>	52
6.3 Réponse à la question de recherche	54
<b>7. Perspectives</b>	55
7.1 Implications pour la pratique	55
7.2 Recherches ultérieures	56
<b>Conclusion</b>	58
<b>8. Bibliographie</b>	59
<b>9. Annexe A : Déclaration d'authenticité</b>	63
<b>10. Annexe B : Tableau des valeurs et principes issu du MOPROSOR</b>	64
<b>11. Annexes C : Grilles d'analyse des articles</b>	65

## INTRODUCTION

Dans le cadre de notre formation pratique à la Haute Ecole de Santé (HEdS) de Fribourg, nous avons effectué des stages dans des services de santé mentale où nous avons côtoyé des patients atteints de schizophrénie. Le contact avec ces patients nous a beaucoup touché. Les symptômes positifs et négatifs ainsi que leur perception du monde environnant sont autant d'éléments qui nous ont marqués lors de notre premier contact. Nous nous sommes ensuite intéressés aux soins que nous pourrions offrir à ce type de patients tant l'alliance thérapeutique nous semblait difficile à instaurer. Nous avons pu en effet observer qu'ils étaient continuellement en balance entre des phases stables et des phases de décompensation. Nous avons également du mal à discerner les choix qu'ils faisaient en pleine connaissance de cause et ceux pouvant être remis en question étant donné leur vulnérabilité en lien avec leur pathologie.

L'une des difficultés dans la prise en charge des patients atteints de schizophrénie, que nous avons tout deux rencontrée dans nos stages, était la problématique de la non-adhérence. La non-adhérence ainsi que l'anosognosie peuvent être les premières causes de rechute chez ce type de patients. Nous avons ainsi, dans un premier temps, choisi d'aborder ce thème dans le cadre de notre travail de Bachelor. Après avoir effectué de nombreuses recherches, nous avons constaté qu'il est difficile de trouver des études scientifiques pertinentes, basées sur les soins infirmiers. Les articles traitent essentiellement de sujets médicaux comme l'effet pharmaceutique des anti-psychotiques en lien avec la non-adhérence ou les effets secondaires des traitements... Nous nous sommes alors demandés de quelle manière nous pourrions approcher cette problématique d'un point de vue infirmier.

Lors de nos stages en psychiatrie, nous avons entendu parler du concept de rétablissement, un concept novateur, encensé mais parfois aussi décrié. Très actuel et « en vogue », nous avons pu constater l'émergence de ce concept à travers le monde, principalement au Canada et aux Etats-Unis, mais aussi dans certains services de santé mentale en Suisse. Ce concept nous est alors apparu comme une excellente porte d'entrée pour aborder notre thématique de base de la non-adhérence. Nous avons souvent été confrontés à des situations

où le patient, en pleine crise psychotique, se montrait hostile au traitement et non adhérent face à la prise en charge infirmière. Nous avons été particulièrement heurtés de ce moment où l'infirmier n'est plus perçu par le patient comme une personne aidante, mais plutôt comme une personne allant contre ses besoins et ses souhaits. Ces situations nous ont amenés à nous interroger sur notre prise en charge des patients ayant un problème de santé mentale et plus spécifiquement des patients atteints de schizophrénie. Cela a fait émerger certaines questions: Qu'est ce qui justifie un soin ? Une injection forcée ? Une mise en isolement ? Qui sommes-nous pour interdire à un patient des visites, des sorties... ?

Le concept de rétablissement, lancé par un groupe de consommateurs en santé mentale dans les années quatre-vingt, nous a semblé novateur quant au type de prise en charge qu'il propose, des idées et des valeurs qu'il défend. Nous avons donc décidé d'axer notre question de recherche sur ce nouveau concept que nous connaissons encore peu et qui est parfois biaisé lorsqu'il est appliqué dans les services de santé mentale. En effet, comme le stipule Noiseux et al. (2010), il y a encore beaucoup d'ambiguïté sur le concept de rétablissement, même s'il est devenu un principe directeur de nombreux services de santé mentale.

Nous avons également pu observer que le concept de rétablissement est en train de prendre une place importante dans l'esprit des soignants et des patients provenant de certains centres de soins en santé mentale, alors que d'autres n'en ont jamais entendu parler. Nous nous sommes alors demandés pourquoi ce nouveau concept décrit comme une grande avancée dans la prise en charge des patients atteints de schizophrénie, n'est que partiellement reconnu et pratiqué dans certains hôpitaux psychiatriques. Quel signification donner au concept de rétablissement et quel est son impact sur les soins infirmiers en santé mentale ? En effet, intégrer ce concept dans de tels services implique un repositionnement considérable de la part des soignants et une remise en question de leur pratique. Nous avons pu observer que ces derniers, ayant l'habitude de travailler avec une politique sécuritaire et hiérarchisée, devraient apprendre à « lâcher prise » et faire confiance au patient, ce qui serait pour les infirmiers un réel défi.

Comme le relève Provencher (2002), « La relation intervenant-personne/utilisatrice s'inscrit dans le contexte d'un rapport non-hiérarchisé au sein duquel l'intervenant abandonne son statut d'expert ».

Pour ce faire, nous avons étayé notre questionnement sur ce concept en nous penchant sur l'émergence de ce dernier et du changement de vision de la maladie de la schizophrénie, ainsi que la nouvelle vision qu'il amène dans le milieu de la santé mentale. Nous avons fait émerger la question de recherche ainsi que les concepts-clés de notre travail, puis le cadre de référence, pour pouvoir discuter nos résultats. Nous avons établi une méthodologie afin de trouver, résumer et critiquer les articles retenus. Nous avons créé des catégories afin de classer nos résultats puis les discuter. Grâce à cette démarche, nous avons pu répondre à notre question de recherche et enfin, savoir où en est la pratique dans la mise en place du concept de rétablissement.



## 1. PROBLÉMATIQUE

Nous allons décrire ci-dessous le contexte et les motivations qui ont fait émerger notre problématique puis notre question de recherche. Nous aborderons également les buts et objectifs poursuivis.

### 1.1 CONTEXTE D'ÉMERGENCE ET MOTIVATION

Afin de contextualiser notre travail et de démontrer que la santé mentale est dans une perpétuelle évolution, nous allons commencer par expliquer l'émergence et l'évolution du concept de rétablissement au cours de ces trente dernières années et l'impact sur les soins en santé mentale.

L'expérience du rétablissement est de plus en plus reconnue comme étant un phénomène important dans la promotion d'un état de bien-être chez les personnes ayant des troubles mentaux. Les premiers écrits sur le rétablissement remontent aux années quatre-vingt et apparaissent sous forme de témoignages de personnes utilisatrices de service. (Provencher, 2002)

Comme l'exprime Anthony (2002), les années quatre-vingt ont été celles de la « décennie du rétablissement » aux USA. En effet, avant l'officialisation du DSM III-R, l'idée des systèmes de santé était que les personnes atteintes de graves problèmes psychiques n'avaient pas d'espoir de guérison et que leur état de santé ne pouvait qu'empirer, au mieux rester stable. Grâce aux écrits des utilisateurs de services de santé mentale, cette vision pessimiste a évolué.

Ils revendiquent à présent la possibilité de s'approprier une nouvelle façon de concevoir la santé mentale en relation avec un mieux-être. La singularité de l'expérience du rétablissement, la redécouverte du soi et de ses nouvelles possibilités d'agir sur l'environnement, une responsabilité renouvelée face à la construction de projets de vie significatifs, l'espoir d'une vie meilleure et une prise de conscience individuelle et collective face aux préjugés sociaux liés au trouble mental (Auderset, 2012).

Cette nouvelle vision de la santé mentale a très vite eu un impact auprès des professionnels de la santé qui ont montré un intérêt certain pour le développement de connaissances et la mise en place d'actes thérapeutiques

dans le rétablissement, en gardant comme repère l'expérience et le point de vue des usagers.

Malgré ce fort intérêt pour le concept du rétablissement, il reste difficile de donner une définition exacte de ce dernier car le vécu du rétablissement reste subjectif et individuel.

Comme le dit Provencher (2002) :

Bien que l'expérience même du rétablissement soit étrangère à toute conceptualisation et intervention impliquant une approche normative, les résultats d'une récente étude qualitative (Young & Ensing, 1999) ont permis d'identifier certains repères dans la démarche du rétablissement. Ainsi le processus s'amorce par l'acceptation du trouble mental, le désir et la motivation d'effectuer des changements et l'espoir que procurent les ressources spirituelles ou les personnes perçues comme des modèles. Le patient est alors perçu comme l'acteur de son rétablissement.

De ce fait, il est important que les soignants intègrent la subjectivité du rétablissement et l'aspect unique de chaque vécu, ainsi que la valorisation du patient dans son rétablissement. La relation soignant-soigné aura un rôle primordial dans l'évolution du patient vers son rétablissement.

La relation intervenant-personne/utilisatrice s'inscrit dans le contexte d'un rapport non-hiérarchisé au sein duquel l'intervenant abandonne son statut d'expert. Il devient un consultant ou un agent facilitateur au service de la personne. La relation entre l'intervenant et la personne utilisatrice repose sur des attitudes génériques, communes à toute intervention, et d'autres qui lui sont plus spécifiques. L'acceptation inconditionnelle de la personne, l'établissement d'un climat de confiance, la croyance dans le potentiel de la personne, et la compréhension empathique de l'expérience relèvent du domaine générique. (Deegan, 1997; Fisher, 1994; Murphy, 1998; Tobias, 1990; cité par Provencher, 2002)

Les attitudes primordiales au rétablissement sont le respect des préférences du patient, la découverte et l'investigation des opportunités permettant aux patients de mettre en avant son pouvoir d'agir dans la réalisation de ses objectifs de vie, l'espoir, la validation de ses capacités dans les expériences positives mais aussi négatives et le partage des prises de décision relié aux traitements (Anthony, 1993; Noordsy et al., 2000; ODMH, 1999; Tobias, 1990; Tower,

1994). Cette posture des soignants dans la relation avec le patient apparaît alors comme un défi pour ceux-ci car cela les amènerait à une remise en question de leur prise en charge de patients atteints d'une maladie mentale. En effet, ils doivent accepter les objectifs personnels des patients et être dans une co-construction.

En cherchant à documenter le rétablissement, nous nous sommes rendus compte que la schizophrénie est la pathologie psychiatrique sur laquelle le concept de rétablissement a été le plus testé et dont la population a été la plus sollicitée lors des recherches. Toutefois, d'autres pathologies sont intégrées dans certaines études que nous avons retenues.

Nous sommes ainsi parvenus à notre question de recherche fondamentale qui touche à la compréhension du concept de rétablissement et son implication dans la prise en charge de patients atteints de schizophrénie.

## **1.2 QUESTION DE RECHERCHE ET BUTS POURSUIVIS**

Cette revue de littérature a pour but de faire émerger les aspects essentiels à une bonne compréhension et utilisation du concept de rétablissement ainsi que de la plus value dans la pratique. Comme l'ont dit Jacobson et Greenley (2001), « Bien que les écrits sur le rétablissement se multiplient à un rythme accéléré, les tentatives d'organiser ces connaissances de façon conceptuelle sont plutôt rares ».

C'est de ce constat qu'est née notre question de recherche qui est de savoir :

**QUELLES SONT LES CONNAISSANCES ACTUELLES SUR LE CONCEPT DE RÉTABLISSEMENT ET SON IMPACT SUR LA PRATIQUE DES SOINS EN SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ATTEINTES DE SCHIZOPHRÉNIE?**

## **2. CADRE CONCEPTUEL**

Nous devons, à la fin de notre travail, effectuer une discussion qui sera composée de l'analyse des résultats de nos recherches. Cette analyse devra se faire à l'aide d'un cadre conceptuel dont nous avons ressorti quatre concepts-clés.

### **2.1 CONCEPTS CLÉS**

#### **2.1.1 Le rétablissement**

Nous avons souhaité intégrer le rétablissement dans notre cadre conceptuel car il nous semblait important dans la compréhension et la continuité du contexte d'émergence et de la question de recherche.

Le terme « rétablissement » est la traduction française du terme anglais « recovery » (Webster, 1988, cité par Provencher, 2002, p.38). « En français, le rétablissement correspond à « l'action de se rétablir [...] la remise en fonction ou en vigueur [...] le retour vers la santé » (Nouveau Petit Robert, 1993, 1996, cité par Provencher, 2002, p.38).

Lorsque l'on aborde le rétablissement dans le contexte de la maladie mentale, la définition intègre l'aspect de processus et se définit ainsi :

Le processus s'amorce par l'acceptation du trouble mental, le désir et la motivation d'effectuer des changements et l'espoir que procurent les ressources spirituelles ou les personnes perçues comme des modèles. La phase initiale est suivie d'une phase intermédiaire caractérisée par l'actualisation du pouvoir d'agir, la redéfinition du soi, la reprise d'activités de la vie quotidienne, et le développement et la consolidation de relations significatives avec les autres. La dernière phase consiste en la poursuite d'objectifs axés sur l'optimisation du bien-être et la qualité de vie. (Young & Ensing, 1999, cité par Provencher 2002, p.39)

Nous pouvons constater que ces deux définitions du rétablissement se complètent. Le fait de se rétablir est défini comme un processus profondément personnel par lequel le patient arrive à prendre conscience de sa maladie, retrouve espoir et récupère un pouvoir d'agir. La définition du rétablissement ne peut être détachée de l'expérience de l'individu et doit intégrer l'expérience

subjective de celui-ci dans ses efforts de surmonter les symptômes de la maladie et dépasser les limites imposées par son trouble mental et les conséquences qui y sont associées (Provencher, 2002, p.39).

« Le rétablissement ne peut être documenté et compris qu'à partir de l'expérience perçue et vécue de l'individu, et cela en portant une attention particulière aux facteurs influençant les possibilités et les probabilités de changement » (Provencher, 2002, p. 39).

Provencher (2002), se basant sur les écrits de deux auteurs, nous éclaire quant à la compréhension des étapes du rétablissement:

Le processus de rétablissement n'est pas linéaire, conformément à la vision d'autres auteurs. (Deegan, 1997; Spanniol & al. 1994) Les revers ou les échecs dans l'atteinte de buts personnels deviennent des opportunités d'apprentissages qui recentrent l'individu dans sa démarche de croissance personnelle. (p.39)

Cela nous éclaire quant au fait que le rétablissement correspond à un processus personnel où les échecs et rechutes sont considérés comme des étapes intégrantes du processus permettant au patient de développer des capacités d'auto-gestion.

Ci-dessous, nous avons exposé un résumé du tableau concernant les quatre dimensions du concept de rétablissement selon Provencher (2002, p.48) :

## Les quatre dimensions du rétablissement et leurs caractéristiques

### 1. Redéfinition et expansion du soi

- Processus de deuil associé à la présence d'un trouble
- Processus de découverte d'un nouveau soi
- Complexité du soi

### 2. Relation à l'espace temporel

- Espoir
- Spiritualité

### 3. Pouvoir d'agir

- Processus
- Construit
- Transformation du sentiment d'impuissance
- Niveau du pouvoir d'agir :
  - i. Niveau psychologique
    - Composante intrapersonnelle
    - Composante interactionnelle
    - Composante comportementale
  - ii. Niveau organisationnel
  - iii. Niveau communautaire

### 4. Relations aux autres

- Relations avec les membres de la famille
- Relations avec les pairs
- Relations avec les intervenants
- Relations avec les services de santé et de soutien

## 2.1.2 L'empowerment

Il existe à l'heure actuelle de nombreuses définitions du terme « empowerment » qui peut se traduire en français par « autonomisation » ou « responsabilisation » (Benamar, Buzaku et Mannaerts, 2010). Les notions d'autonomisation et de responsabilisation ont très souvent émergé lors de nos recherches sur le rétablissement. C'est pourquoi, nous avons intégré l'empowerment dans la sélection de nos concepts-clés.

Selon Benamar et al. (2010) :

L'empowerment est un processus ou une approche qui vise à permettre aux individus, aux communautés, aux organisations d'avoir plus de pouvoir d'action et de décision, plus d'influence sur leur environnement et leur vie. Cette démarche est appliquée dans nombre de domaines [...] et

s'adresse très souvent aux victimes d'inégalités sociales, économiques, de genre, raciales [...]. Chaque individu, chaque communauté où qu'il ou elle se situe dans l'échelle sociale possède un potentiel, des ressources et peut utiliser celles-ci pour améliorer ses conditions d'existence et tracer la route vers plus d'équité.

Cet instrument, qui s'inscrit dans le paradigme de la psychologie sociale, met l'accent sur les capacités de l'individu (ou de la communauté) et permet donc de dépasser le rôle « d'assistance » courant dans les pratiques sociales. L'empowerment peut donc être considéré comme un passage du « faire pour » (paternaliste et stigmatisant) vers le « faire avec » (émancipateur et valorisant) (Benamar et al., 2010, p.3).

On recense généralement trois types d'empowerment :

L'empowerment individuel qui est formé de quatre composantes essentielles telles que la participation, la compétence, l'estime de soi et la conscience critique. En interagissant entre elles, ces composantes permettent à l'individu le passage d'un état sans liberté d'action à un état où celui-ci est capable d'agir selon ses propres convictions. (Ninacs, 2010, p.4 ; cité par Benamar et al., 2010)

L'empowerment communautaire se rapporte à un état où une communauté a la possibilité d'agir selon ses choix et où le pouvoir d'action de chacun de ses membres y est favorisé. Il comporte également quatre composantes qui sont : la participation, les compétences, la communication et le capital communautaire. Aussi, l'empowerment individuel contribue à développer l'empowerment communautaire (Ninacs, 2010, p.4 ; cité par Benamar et al., 2010).

Le dernier des trois types d'empowerment est l'empowerment organisationnel. Ninacs (2010) (cité par Benamar, 2010) le décrit comme étant celui qui « s'exécute sur quatre plans en interaction : la participation, les compétences, la reconnaissance et la conscience critique. L'organisation est à la fois le lieu où l'empowerment individuel se réalise et « l'engin » de l'empowerment communautaire » (p.4).

### **2.1.3 L'alliance thérapeutique**

Nous avons choisi comme troisième concept, l'alliance thérapeutique qui pour nous est l'un des éléments essentiels dans l'accompagnement des patients atteints d'une maladie mentale.

Comme le rappellent Horvarth et Luborsky (1993), le terme « alliance thérapeutique » a été cité pour la première fois par Freud puis par Greenson qui la nomme au début « the working alliance ». Ils définissent cette alliance comme « étant collaborative, reposant sur un attachement ancré dans la réalité, du mécanisme inconscient du transfert » (Cheval, Mirabel-Sarron, Guelfi et Rouillon 2009). Aujourd'hui, ce terme est reconnu dans la pratique des soins en santé mentale.

« Créer l'alliance, c'est établir un climat d'entente fondé sur la connaissance et l'appréciation mutuelle de l'unicité de l'autre. C'est savoir s'arrêter pour appréhender l'autre en tant qu'être humain, pour apprécier la révélation mutuelle de chacune des personnes » (Travelbee, 1971, cité par Townsend, 2004, p.91).

Comme l'explique Bordin (1979), l'alliance thérapeutique n'est pas en elle-même une thérapie ou un outil de soins qui a un but curatif mais elle est l'un des facteurs principaux du changement de toute thérapie. Elle « constitue un levier sur lequel le patient s'appuie pour adhérer à la thérapie et poursuivre son traitement » (Cheval et al., 2009).

Corbière, Bisson, Lauzon et Ricard (2006) soulignent dans la conclusion de leur étude, que la dimension affective tient une place importante au sein de l'alliance thérapeutique et que sans cette dernière, la confiance, ainsi que l'entente et la compréhension ne seraient pas possible ou difficile à instaurer entre le thérapeute et le patient. En effet, si chacun des acteurs s'investit dans la relation, il ne peut qu'en ressortir une alliance thérapeutique favorisant la co-construction.



### 2.1.4 La schizophrénie

La schizophrénie est la pathologie qui a fait émerger notre question de recherche et qui nous a orienté vers le rétablissement comme prise en charge. Afin d'être le plus complet et précis dans notre travail, nous avons tenu à intégrer la schizophrénie dans la base des concepts-clés qui ont façonné notre cadre conceptuel. Il nous a semblé essentiel, avant de nous intéresser au rétablissement, de comprendre cette pathologie et ses symptômes.

La schizophrénie est certainement le trouble psychique le plus invalidant. C'est généralement les perturbations des processus de la pensée, de la perception et de l'affect qui provoquent une dégradation significative du fonctionnement social et professionnel (Hollandsworth, 1990, cité par Townsend, 2004, p.310). L'éthymologie propre du terme « schizophrénie » signifie « rupture de la pensée ». Mais contrairement à l'idée répandue, le terme de schizophrénie n'a pas été créé pour faire référence à un dédoublement de la personnalité. Il désigne surtout un des symptômes fréquent dans cette maladie, la dissociation, qui peut être définie comme une perte de cohésion de la pensée (Monestès, 2008). Selon le DSM-IV (2004, p.149), les symptômes de la schizophrénie sont:

- Des idées délirantes
- Des hallucinations
- Un discours désorganisé
- Un comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
- Des symptômes négatifs, par exemple: émoussement affectif, alogie, perte de volonté, impulsivité, retrait social.

Toutefois, pour pouvoir poser le diagnostic, au moins deux des cinq symptômes cités ci-dessus doivent être présents sur une durée d'au moins 6 mois. Il est important de préciser que ce sont essentiellement les symptômes positifs (correspondant aux quatre premiers symptômes du DSM-IV) qui apparaissent lors de la phase aiguë de la maladie mais qu'ils peuvent aussi s'accompagner de symptômes négatifs.

Selon Townsend (2004), les symptômes positifs sont associés à une poussée de la maladie, favorisée par l'arrêt du traitement de neuroleptiques ou un évènement important de la vie de la personne. Les symptômes positifs regroupent:

- Les idées délirantes qui font référence à des idées de persécution, des thèmes hypocondriaques et un sentiment de déréalisation, dévitalisation et dépossession de soi.
- Les hallucinations qui peuvent être auditives, visuelles et sensorielles.
- Les troubles positifs de la pensée formelle qui se rattachent à un relâchement des associations, un passage d'un thème à un autre sans aucune logique.
- Un comportement perturbé qui est caractérisé par des variations brutales de l'humeur, des décharges agressives ou des comportements impulsifs.

Les symptômes négatifs quant à eux, s'installent à long terme et varient peu, étant même parfois masqués par les symptômes positifs. Les symptômes négatifs regroupent tous les troubles de l'attention et de la concentration, la capacité de jugement et les troubles de l'affectivité (Debray, 2006, p.106).

### 3. CADRE DE RÉFÉRENCE: LE MODÈLE PRÉLIMINAIRE D'ORGANISATION DES SERVICES ORIENTÉS VERS LE RÉTABLISSEMENT (MOPROSOR)

Pour discuter de nos recherches, nous avons décidé d'utiliser le modèle préliminaire d'organisation des services orientés vers le rétablissement (MOPROSOR) décrit par Provencher (2008), comme cadre de référence infirmier. Ce cadre de référence va nous permettre de juger de la pertinence des résultats qui ressortiront de nos recherches et s'ils sont transposables à la pratique infirmière.

Le MOPROSOR a été élaboré à partir de quatre principales sources de savoir. Il s'agit d'une recension des écrits portant sur l'organisation des services orientés vers le rétablissement et de réflexions provenant d'une expérience de consultation avec une ressource désirant entreprendre un virage rétablissement. (Provencher, 2003, p.4)

Des échanges avec divers acteurs engagés dans la transformation des services lors de présentations orales sur le rétablissement et des travaux antérieurs de conceptualisation sur l'organisation des services ont aussi contribué à la construction du MOPROSOR. (Provencher, 2006, p.4)

Le MOPROSOR s'est donc basé sur une recension des écrits de services orientés vers le rétablissement afin d'établir un cadre théorique utile à la pratique. Le MOPROSOR se divise en trois parties bien distinctes : le cadre conceptuel, le cadre structurel et le cadre opérationnel. Chacun de ces cadres a un effet sur les deux autres mais ils tiennent tous un rôle spécifique et individuel dans l'organisation des services (Provencher, 2008, p.4).

Selon Provencher (2008), le cadre d'orientation constitue un phare à la transformation des services. Il doit faire attention à ce que les activités visant à réorganiser les services s'effectuent de façon à refléter correctement le paradigme du rétablissement. Une série d'énoncés de base se rapportant à l'expérience du rétablissement a donc été mise en place. Un ensemble de valeurs et principes sur lesquels se base l'orientation des services y a également été décrit. Nous avons joint en annexe le tableau du MOPROSOR réunissant ces valeurs et principes (Annexe B).

Le cadre structurel a pour rôle de préciser la palette de services nécessaires à la promotion du rétablissement. Il regroupe aussi un certain nombre de programmes d'interventions qui appuient l'offre des services (Provencher, 2008, p.5).

Le cadre opérationnel quant à lui, se divise en deux dimensions : les modes d'accompagnement offerts par le prestataire de soins et les modes de gestion qui sont en vigueur au sein d'une ressource ou d'un réseau local de services (Provencher, 2008, p.5).

Les modes d'accompagnement comprennent la mise en place d'un cadre relationnel qui favorise le rétablissement, l'offre d'un soutien aux multiples facettes de l'expérience du rétablissement et la planification de services individualisés et orientés vers le rétablissement. Les modes de gestion font appel à un renouvellement des stratégies de gestion et d'encadrement du personnel. L'innovation en matière d'organisation des services et l'évaluation de la qualité des services sont deux autres domaines qui reposent sur la mise à jour de stratégies spécifiquement orientées vers le rétablissement. (Provencher, 2008, p.5)

Nous avons jugé intéressant d'intégrer le tableau récapitulatif des composantes et dimensions du MOPROSOR qui permettra une lecture et compréhension plus claire du concept.

Tableau I

<b>Composantes et dimensions du modèle préliminaire d'organisation des services orientés vers le rétablissement (MOPROSOR)</b>	
<b>Cadre d'orientation</b>	
►	Vision du rétablissement
►	Valeurs liées à l'organisation des services
►	Principes liés à l'organisation des services
<b>Cadre structurel</b>	
►	Gamme des services essentiels à la promotion de l'expérience du rétablissement
►	Variété de programmes d'intervention soutenant l'offre de services
<b>Cadre opérationnel</b>	
►	Modes d'accompagnement
•	Cadre relationnel entre la personne utilisatrice et l'intervenant
•	Soutien à l'expérience du rétablissement
•	Démarche soutenant une planification de services individualisés et orientés vers le rétablissement
►	Modes de gestion
•	Stratégies de gestion
•	Stratégies d'encadrement du personnel
•	Stratégies d'évaluation des services
•	Stratégies d'innovation

## **4. MÉTHODOLOGIE**

Nous allons dans ce chapitre, expliquer les démarches méthodologiques de notre travail de Bachelor. Le choix du devis sera argumenté et nous vous présenterons les différentes banques de données utilisées ainsi que les termes Mesh nécessaires à nos recherches. Enfin, nous détaillerons les stratégies de recherche utilisées pour chaque article sélectionné.

### **4.1 CHOIX DU DEVIS : LA REVUE DE LITTÉRATURE**

Dans le cadre de notre Bachelor Thesis, nous allons effectuer une revue de littérature qui va consister à l'analyse et la mise en commun d'articles et qui vont nous permettre de « mieux connaître un sujet donné », « mettre au point des façons de faire et des interventions cliniques fondées sur des résultats probants dans le but d'améliorer la pratique clinique » et « rédiger des politiques de soins et des lignes directrices touchant la pratique » (Loiselle, 2007, p. 139). Cette mise en commun d'articles nous permettra d'évoluer dans notre réflexion en tant que futurs professionnels de la santé. L'analyse des articles sera ensuite faite à l'aide des grilles d'analyse qualitatives et quantitatives extraites de nos cours de méthodologie, qui nous permettront de faire une synthèse de chacune de nos recherches. Pour ce faire, nous allons devoir avancer dans notre revue de littérature en plusieurs étapes décrites ci-dessous.

### **4.2 BANQUE DE DONNÉES**

Nous avons effectué l'essentiel de nos recherches sur différents sites et moteurs de recherche :

PubMed, CINAHL et BMC, qui nous ont permis de trouver des articles scientifiques pertinents. Quant à HON et Google, ils nous ont aidé à trouver des apports théoriques sur nos différents concepts et thèmes. Bien entendu, il nous a fallu des termes précis à inscrire pour orienter les recherches de ces banques de données. Après réflexion, nous avons sélectionné une dizaine de mots clés ou «termes Mesh» qui nous ont semblé pertinents pour notre travail de recherche.

### **4.3 CRITÈRES DE SÉLECTION**

#### **4.3.1 Critères d'inclusion**

Nous avons choisi d'intégrer des études qualitatives et quantitatives afin d'avoir assez de recherches pertinentes et de pouvoir faire un état des lieux du concept de rétablissement plus complet. Nous avons choisi d'orienter nos recherches sur des articles traitant du ressenti des patients, des proches ainsi que celui des soignants afin d'avoir la vision la plus complète de ce que représente le rétablissement dans les soins. Nous avons également intégré des articles parlant des possibilités d'implantation du concept dans la pratique infirmière. Enfin, nous avons sélectionné les recherches ayant comme contexte un milieu hospitalier, une population adulte âgée de 18 à 65 ans et datant d'après 2005.

#### **4.3.2 Critères d'exclusion**

Nous avons exclu de nos recherches tous les articles datant d'avant 2005. Dans un souci de compréhension, nous avons décidé d'exclure tous les articles écrits dans une autre langue que le français ou l'anglais. Toutefois, nous avons décidé de rester large quant à la provenance des études.

### **4.4 TERMES MESH**

Schizophrénie	Schizophrenia
Rétablissement	Recovery
Soins infirmiers	Nursing
Psychiatrie hospitalière	Psychiatric hospital
Santé mentale	Mental health
Relation soignant-soigné	Nurse-patient relationship
Autonomisation	Empowerment
Concept de rétablissement	Recovery concept

Intervention infirmières	Nursing intervention
Provencher	Provencher
Service de santé mentale	Mental health service
Orienté vers le rétablissement	Recoveryoriented

Cette liste de mots clés nous a semblé englober tous les aspects importants pour nos recherches. Malgré cela, les résultats nous renvoyaient parfois à des recherches, des articles ou des liens peu pertinents qui nous déviaient de notre problématique initiale. Toutefois, certaines banques de données telle que PubMed, nous ont permis d'affiner nos recherches par le biais de critères d'inclusion ou d'exclusion. En les intégrant à notre recherche de départ, il prend en compte ces nouveaux éléments pour écarter ou sélectionner certains articles tout en restant en lien avec nos mots clés de départ.

#### **4.5 STRATÉGIES DE RECHERCHE**

Les stratégies de recherche ont été effectuées grâce à PubMed, CINAHL et BMC. Pour certaines de nos recherches, nous n'avons pas utilisé les termes Mesh mais nous avons directement tapé les mots sur PubMed afin de ne pas réduire le champ de résultats. Les stratégies 1 à 10 ont été effectuées sur PubMed. La stratégie 11 a été effectuée sur CINAHL et la 12 sur BMC.

##### **4.5.1 1<sup>ère</sup> stratégie**

((“Schizophrenia” [Mesh]) AND “Recovery of Function” [Mesh])

1312 résultats dont 1 étude retenue (page 2/66):

Park, S. Sung, K. (2012). The Effects on Helplessness and Recovery of An Empowerment Program for Hospitalized Persons with Schizophrenia, *Perspectives in Psychiatric Care*.

#### **4.5.2 2<sup>ème</sup> stratégie**

((“Mental Health Services” [Mesh]) AND “Recovery of Function”[Mesh])

77 résultats dont 1 étude retenue:

Aston, V. et Coffey, M. (2012). Recovery : what mental health nurses and service users say about the concept of recovery. *Journal of Psychiatry Mental Health Nursing*, 19, 257–263

#### **4.5.3 3<sup>ème</sup> stratégie**

((“Recovery” [All Fields]) AND “Nursing” [All Fields]) AND “Mental Health” [All Fields])

455 résultats dont 1 étude retenue:

Cleary, M. Horsfall, J. O’Hara-Aarons, M. Hunt, G. (2013). Mental health nurses’ views of recovery within an acute setting. *International Journal of Mental Health Nursing*. 22, 205-212.

#### **4.5.4 4<sup>ème</sup> stratégie**

((“Mental Health Services/Standards” [Mesh]) AND “Mental Disorders/Rehabilitation” [Mesh])

59 résultats dont 1 étude retenue:

Siu, B. Ng, B. Li, V. Yeung, Y. Lee, Y. Leung, A. (2012), Mental health recovery for psychiatric inpatient services : perceived importance of the elements of recovery. *East Asian Arch psychiatrie*, 22, 39-48



#### **4.5.5 5<sup>ème</sup> stratégie**

((“Recovery” [All Fields]) AND (“Provencher” [All Fields]))

20 résultats dont 1 étude retenue:

Piat, M., Sabetti, J., Couture, A. (2009). What does recovery mean for me? Perspectives of Canadian mental health consumers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*.

#### **4.5.6 6<sup>ème</sup> stratégie**

((“Recovery” [All Fields]) AND “Schizophrenia” [All Fields]) AND “Mental Health” [All Fields])

352 résultats dont 1 étude retenue (page 5/18):

Kaewprom, C., Curtis, J., Deane, F. P. (2011). Factors involved in recovery from schizophrenia: A qualitative study of Thai mental health nurses. *Nursing and Health Sciences*.

#### **4.5.7 7<sup>ème</sup> stratégie**

((“Recovery-oriented” [All Fields]) AND “Mental Health Service” [All Fields])

155 résultats dont 1 étude retenue (page 4/8):

Marshall, S. L., Oades, L. G., Crowe, T. P. (2010). Australian Mental Health Consumers’ Contributions to the Evaluation and Improvement of recovery-oriented Service Provision. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. Vol 47. N° 3.

#### **4.5.8 8<sup>ème</sup> stratégie**

((“Mental health” [All Fields]) AND “Recovery” [All Fields]) AND (Free Full Text available)

727 résultats dont 1 étude retenue (page 2/37):

Wilrycx, G. K. M. L., Croon, M. A., Van den Broek, A. H. S., Van Nieuwenhuizen, C. (2012). Mental health recovery: Evaluation of a recovery-oriented training program. *The Scientific World Journal*.

#### **4.5.9 9<sup>ème</sup> stratégie**

((“Recovery Program” [All Fields]) AND “Mental Health”[All Fields])

573 résultats dont 1 étude retenue (page 13/29):

Whitley, R., Gingerich, S., Lutz, W. J., Mueser, K. T. (2009). Implementing the illness management and recovery program in community mental health settings: facilitators and barriers. *Psychiatric Services*. Volume 60. N°2.

#### **4.5.10 10<sup>ème</sup> stratégie**

((“Schizophrenia” [All Fields]) AND “Recovery”[All Fields])

1312 résultats dont 1 étude retenue (page 36/66):

Noiseux, S. et Ricard, N. (2005). Le rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie. *Perspectives infirmières*. 10-22.

#### **4.5.11 11<sup>ème</sup> stratégie**

(Mental disorders) AND (recovery) AND (symptom distress)

9 résultats dont 1 étude retenue:

Clarke, S. Oades, L. Crowe, T. Caputi, P. Deane, F. (2009). The role of symptom distress and goal attainment in promoting aspects of psychological recovery for consumers with enduring mental illness. *Journal of Mental Health*. 18(5): 389-397.

#### **4.5.12 12<sup>ème</sup> stratégie**

(“Rétablissement” AND “schizophrénie”)

2 résultats dont 1 étude retenue:

Noiseux, S., Tribble St-Cyr, D., Corin, E., St-Hilaire, P.-L., Morissette, R., Leclerc, C., Fleury, D., Vigneault, L. et Gagnier, F. (2010). The process of recovery of people with mental illness: the perspectives of patients, family members and care providers: Part 1. *BMC Health Services Research*.

## 5. RÉSULTATS

Afin de catégoriser nos résultats, nous avons tout d'abord lu tous les résultats de chacune de nos recherches en surlignant ceux qui nous semblaient les plus pertinents en lien avec notre problématique. Nous avons ensuite décidé de procéder de manière inductive et de faire ressortir les catégories apparaissant le plus souvent dans les résultats. Les thèmes émergeant le plus souvent étaient : les perceptions du rétablissement, la signification du concept de rétablissement, la relation soignant-soigné, les facilitateurs et les barrières au rétablissement, les outils de mesure du rétablissement, les programmes de formation en lien avec le concept de rétablissement et la pratique axée sur le rétablissement. Nous avons alors rassemblé certains de ces thèmes afin de créer nos catégories pour l'écriture de nos résultats.

Ces catégories vont nous aider à structurer les divers résultats que nous avons pu trouver dans nos recherches sur le concept du rétablissement ainsi que sur la pratique infirmière axée sur ce concept.

1. ***Perceptions et significations du rétablissement:*** Cette catégorie reprend les différentes explications, définitions, expériences, perceptions et conceptualisations du concept de rétablissement des patients, des proches et des soignants, mises en évidence dans nos recherches.
2. ***Les obstacles et les aspects favorisant le rétablissement:*** Cette catégorie aborde les différentes barrières et facilitateurs pouvant influencer les soins axés sur le rétablissement d'un point de vue environnemental et personnel.
3. ***La pratique infirmière axée sur le rétablissement:*** Nous avons partagé cette catégorie en deux sous-catégories qui sont la pratique et le rôle infirmier axés sur le rétablissement et l'organisation des services orientés vers le rétablissement.
4. ***Les outils de mesure du rétablissement:*** cette catégorie traite des divers outils que nous avons découverts dans nos études servant à mesurer le rétablissement et le bien-être des patients.

## **5.1 PERCEPTIONS ET SIGNIFICATIONS DU RÉTABLISSEMENT**

Les auteurs de l'étude de Noiseux et Ricard (2005) développent tout au long de leur travail les différentes perceptions et significations du rétablissement. Les auteurs conceptualisent le rétablissement en sept catégories qui sont: l'expérience de la schizophrénie, la descente aux enfers, le jaillissement d'une étincelle, la démarche personnelle d'introspection, l'activation de dispositions personnelles combatives, la découverte de clés pour un mieux-être, la capacité de manœuvrer le jeu du rapport inégal des forces intérieures et extérieures, et la perception d'une lumière au bout du tunnel.

Les participants à l'étude de Noiseux et Ricard (2005) expliquent que le rétablissement signifie reprendre contact avec soi-même, retrouver la sensation de ses sens et plaisirs. Le rétablissement est selon eux possible lorsque la personne ressent une souffrance si forte que cela semble éveiller l'instinct de survie des patients. En entrant dans le processus de rétablissement, les patients activent une démarche d'introspection en se souvenant de qui ils étaient. Leurs souvenirs leur permettent alors d'avoir des points de repère pour acquérir à nouveau leur capacité à retrouver leur motivation personnelle et vivre d'une manière différente. C'est ainsi qu'ils peuvent reconstruire un soi et investir de nouveaux champs d'intérêt. Vient alors l'envie de se battre, qui leur permet de tirer des leçons de leur vécu et de leur expérience de la maladie. C'est le commencement d'un réel combat au quotidien. La personne ne voulant plus revivre la souffrance engendrée par la maladie, doit s'ouvrir vers l'extérieur. Cette ouverture demande des efforts constants dans l'approfondissement et l'expérimentation de stratégies afin de découvrir ses propres clés. Comme l'explique un participant de l'étude de Noiseux et Ricard (2005) : « je pense qu'elle a mis beaucoup d'efforts pour trouver ses propres moyens afin de contrôler ses hallucinations, puis faire la différence avec la réalité ». La confrontation à la réalité oblige la personne à devenir actrice de sa propre vie.

Certaines études mettent en avant que le rétablissement est composé d'autant de niveaux différents qu'il y a de personnes, mais certains points communs peuvent être mis en lien (Aston et Coffey, 2012; Noiseux et Ricard 2005).

Certains participants à l'étude de Aston et Coffey (2012) soulignent également qu'il s'agit d'un processus... pas juste un rétablissement à court terme, et que pour certaines personnes, il peut prendre un certain temps, qu'ils peuvent avoir besoin d'un sauvetage en chemin et qu'il ne s'agit pas simplement d'un ON/OFF.

En effet, l'étude de Piat, Sabetti et Couture (2009) nous apprend que le rétablissement est aussi un processus qui se déroule étape par étape. Les consommateurs de cette étude ont décrit les inévitables revers en terme de «plateau», «montagnes russes», «sables mouvants» et peuvent «rester coincés dans la mélasse». Plusieurs d'entre eux ont déploré les hauts et les bas, s'exprimant ainsi : «mon rétablissement va vers le bas» ou «je vais de l'avant pour retourner en arrière» ou encore «c'est comme deux pas en avant et un pas en arrière».

Dans certaines de nos recherches sélectionnées, le rétablissement est défini par les consommateurs comme un processus de retour à l'ancien moi, où l'importance de retrouver ce qu'ils ont perdu à cause de la maladie y est décrit. Ainsi ils l'expliquent comme un retour vers la normale (Aston et Coffey, 2012; Piat et al. 2009).

La lecture de nos articles nous a permis de séparer les visions du rétablissement en deux catégories très distinctes. La première faisant référence à une définition médicale, prenant en compte la bonne médication et une meilleure santé. Pour les consommateurs de soins en santé mentale, cette définition sous-entend une rémission complète des symptômes. La deuxième définition a une approche plus humaniste impliquant des aspects tels que l'auto-détermination ou le fait de s'engager dans un processus de transformation personnel. En effet, plusieurs consommateurs mettent en avant l'oubli du passé et de ses connotations négatives pour s'engager dans un processus de transformation à long terme (Aston et Coffey, 2012; Kaewprom, Curtis, et Deane, 2011; Piat et al., 2009).

D'autres consommateurs comparent également le rétablissement de la maladie mentale à celui de la maladie physique. Comme le dit un participant de l'étude

de Piat et al., (2009) la maladie psychique est comparable à un diabète, il demeure dans le corps, il n'existe pas de remède mais des moyens de le stabiliser.

## **5.2 L'IMPACT DU RÉTABLISSEMENT SUR LA PRATIQUE DES SOINS EN SANTÉ MENTALE**

### **5.2.1 La pratique et le rôle infirmier axés sur le rétablissement**

Après l'analyse de nos articles, nous avons pu faire émerger plusieurs résultats qui traitaient du rôle infirmier ainsi que des expériences de patients pouvant guider la pratique.

Selon Noiseux et Ricard (2005), les résultats de la recherche peuvent être un repère sur la manière dont les infirmières<sup>1</sup> perçoivent, conçoivent et évaluent l'évolution des personnes atteintes de schizophrénie, et sur la manière dont elles peuvent intervenir auprès de ces dernières. Cette étude devrait aussi pouvoir aider les infirmières à créer un contexte pratique mettant en avant l'acceptation des personnes en tant qu'être unique et suscitant l'espoir.

Quant à l'étude de Clarke, Oades, Crowe, Caputi et Deane (2009), les auteurs mettent en avant une méthode qui aide les personnes souffrant d'une maladie mentale à avancer dans leur processus de rétablissement en utilisant le CGT. Le CGT est une intervention qui établit des objectifs dans le processus de rétablissement afin d'avoir un processus individualisé et d'encourager la collaboration entre le consommateur et les travailleurs de la santé. Cette méthode a montré des effets bénéfiques sur les patients qui, en posant chaque trimestre trois objectifs se rapportant à la santé physique, aux relations sociales et au contexte professionnel arrivaient plus facilement à les atteindre. Le fait de fractionner ces objectifs semblait avoir un effet bénéfique quant à l'atteinte de ceux-ci par les consommateurs. À en croire l'étude de Clarke et al. (2009) l'atteinte des objectifs a un effet positif sur la confiance, l'estime de soi et l'espoir. Les auteurs de l'étude révèlent également que les symptômes de détresse que peuvent ressentir les patients jouent un rôle négatif dans l'atteinte de leurs objectifs, ceux-ci ont en effet plus de difficulté à évoluer vers l'atteinte

---

<sup>1</sup> Pour des questions de facilité de lecture, nous utiliserons le terme « infirmières » tout au long du travail pour désigner les infirmiers et infirmières.

de ces objectifs. Ces résultats mettent en lumière l'importance d'un cadre de rétablissement et de gestion des cas, ciblant à la fois le soulagement des symptômes, l'encouragement et le suivi des objectifs personnels, de manière à favoriser le rétablissement.

Une patiente de l'étude de Noiseux et al. (2010) décrit que pour reprendre le dessus, elle se fixait des objectifs et estime avoir joué un rôle actif dans son processus de rétablissement.

Dans différentes études, les patients ainsi que les infirmières ont mis en avant les difficultés du nouveau positionnement des soignants qu'implique ce concept. L'étude de Piat et al. (2009) est l'une d'entre elle. Elle soulèvent entre autre la discussion perpétuelle sur les symptômes que doivent entamer les patients avec les soignants. Les participants à l'étude appuyent que le fait de devoir continuellement décrire leurs symptômes aux soignants les renforce dans un statut de malade, limitant ainsi leur image de soi à celle associée à la maladie.

Dans l'étude de Aston et Coffey (2012), des patients parlent de leur difficulté à entrer en relation avec les soignants : « Savez-vous au juste qu'il y a du personnel debout à ne rien faire, ils restent souvent dans le bureau, dans la salle du personnel ou ailleurs, mais pas dans la salle elle-même ».

Certaines infirmières participant à l'étude de Marshall, Oades et Crowe (2010) ont exprimé le sentiment que ce concept leur avait été imposé sur des bases purement rhétoriques et expriment leurs doutes quant à leur rôle en matière de rétablissement.

Certains patients ont eux aussi relevé l'incohérence entre les valeurs défendues par les services de soins en santé mentale et les attitudes qu'ils observent dans la pratique des soins.

Afin d'aider les infirmières dans leur nouveau rôle orienté vers le rétablissement, certaines études ont alors testé des programmes pouvant guider la pratique. Dans l'étude de Park et Sung (2012), les auteurs ont testé un programme d'empowerment pour les patients atteints de schizophrénie dans



le but d'axer les soins sur le rétablissement. Ils ont pu observer que l'impuissance du groupe expérimental qui a utilisé le programme d'empowerment, serait plus réduite que celle du groupe contrôle, de même que le degré de rétablissement du groupe expérimental augmenterait contrairement à celle du groupe contrôle. En effet, les patients souffrant de maladie mentale grave disent que le sentiment d'impuissance accroît durant leur hospitalisation. Ce programme d'empowerment est une intervention infirmière potentiellement efficace pour favoriser un changement positif dans le sentiment d'impuissance des patients atteints de schizophrénie. Ce programme est donc très utile pour faciliter un changement positif dans les sentiments personnels de force et d'espoir dans le rétablissement.

Cleary, Horsfall, O'Hara-Aarons et Hunt (2013) expliquent la contribution des infirmières en santé mentale dans le rétablissement. Dans cette étude, les infirmières mettent en avant la notion de soins humanistes interpersonnels. Elles insistent sur l'importance d'entrer en interaction avec les patients en les considérant comme des être humains à part entière, en développant une alliance thérapeutique par une communication de qualité, un respect, des encouragements, un renforcement positif, une écoute active, des échanges sur les différentes options, une attitude positive et d'espoir. Les infirmières participant à l'étude pensent également qu'il est de leur rôle de fournir aux patients les connaissances nécessaires sur la maladie, les médicaments et leurs effets secondaires ainsi que sur la gestion de la vie quotidienne, le contrôle des impulsions et des émotions, tout en favorisant le niveau de responsabilité personnelle de chaque patient dans leur processus de rétablissement.

### **5.2.2 L'organisation des services axés sur le rétablissement**

Plusieurs études ont parlé des aspects organisationnels et structurels qu'impliquerait l'implantation du concept de rétablissement dans les services de santé mentale.

L'étude de Whitley, Gingerich, Lutz et Mueser (2009) fait émerger quatre facteurs qui influencent la mise en œuvre d'un service axé sur le rétablissement:

- Le leadership : un leadership fort et actif au sein des services de santé mentale semble indispensable pour l'orientation des services axés sur le rétablissement. Elle souligne également qu'une synergie entre les différents niveaux de la hiérarchie contribue à l'efficacité d'une telle mise en œuvre.
- La culture organisationnelle : certains sites sont marqués par une forte culture centrée sur l'innovation, accompagnée d'une attitude positive à la pratique axée sur le rétablissement. Un bon leadership, des politiques et attitudes favorables encouragent l'innovation et les pratiques de pointes. Pour d'autres sites, marqués par une diminution des budgets, le maintien des pratiques actuelles signifie rester à flot dans les eaux troubles mais aussi d'économiser des ressources et énergie qui semblent précieuses.
- L'entraînement/formation : une offre de formation de haute qualité dans la gestion de la maladie et du rétablissement par des experts compétents semble être un facteur clé. La formation dépend toutefois d'un bon leadership et d'une culture organisationnelle ouverte au changement.
- Le personnel et la supervision : Il est important que le personnel ait une attitude positive face au rétablissement, qu'il soit ouvert au changement, motivé à apprendre et pratiquer un concept considéré comme innovant, et à développer, avec ses superviseurs, compétences et expériences (Marshall et al. 2010).

Dans l'étude menée par Wilrycx, Croon, Van den Broek et Van Nieuwenhuizen (2012) un programme de formation axé sur le rétablissement a été mis en place à l'intention des professionnels de soins en santé mentale. Ils ont effectué une intervention A en rapport avec les connaissances sur le rétablissement et une intervention B en rapport avec les attitudes axées sur le rétablissement. Ils ont analysé les résultats à l'aide de l'inventaire des connaissances du

rétablissement (RKI) et du questionnaire sur les attitudes axées sur le rétablissement (RAQ). Le RKI a pu mettre en évidence l'effet favorable de l'intervention A sur les connaissances des soignants en lien avec le rétablissement et le RAQ a démontré que l'intervention B a eu un effet plus important que l'intervention A. Les résultats de l'étude démontrent que le programme de formation a généré un changement dans les attitudes du personnel soignant.

Toutefois, l'étude de Cleary et al. (2013) soulève le fait que sur les 21 infirmières participantes, seulement 4 d'entre elles ont reçu une formation formelle sur le rétablissement.

Les services de santé mentale doivent donc se concentrer davantage sur les résultats individuels que sur les résultats de la performance organisationnelle et avoir une vision claire de ce que leur espérance du rétablissement signifie (Aston et Coffey, 2012).

L'étude de Marshall et al. (2010) a cherché à connaître le point de vue des consommateurs sur le programme de d'implantation du rétablissement dans les services et avoir leur avis sur ce qui doit être changé ou amélioré dans le programme afin de l'adapter au mieux à la vision de ceux-ci. Les auteurs exposent notamment dans leurs résultats, l'importance de renforcer l'appropriation du concept de rétablissement par les consommateurs. Ces derniers ont exprimé différentes propositions pour la pratique des soins axés sur le rétablissement et adaptés aux consommateurs telles que :

- Organiser des groupes de discussion dirigés par des pairs ayant vécu l'expérience du rétablissement.
- Proposer une meilleure formation au personnel et une supervision à la suite des formations.
- Adapter le type de communication aux consommateurs afin d'avoir une meilleure compréhension du concept.

- Proposer aux patients de tenir un journal de bord dans lequel ils pourraient développer leurs objectifs et d'autres informations qui leur semblent importantes.
- Adapter le rythme dans l'avancement des objectifs aux stades de la maladie.

Ces points constituent une base solide pour l'implantation du concept de rétablissement dans les services. Les études de Cleary et al. (2013) et Kaewprom et al. (2011), rappellent toutefois l'importance de prendre en compte les obstacles structurels et organisationnels qui ont été identifiés comme étant des barrières à une mise au point du rétablissement. Ceux-ci regroupent notamment le manque de personnel, le roulement rapide des patients avec un nombre insuffisant de lits, la coordination hôpital-communauté inadéquate et le manque de suivi au moment où les personnes retournent à domicile, ce qui entraîne une rechute et une réhospitalisation.

### **5.3 LES OBSTACLES ET LES ASPECTS FAVORISANTS LE RÉTABLISSEMENT**

#### **5.3.1 Les barrières et facilitateurs environnementaux**

La stigmatisation des personnes ayant une maladie mentale entrave de manière considérable leur rétablissement. Dans l'étude de Kaewprom et al. (2011) une infirmière participante parle de la façon dont sont perçues les personnes atteintes de schizophrénie: « les personnes atteintes de cette maladie sont considérées comme des fous, de sorte qu'ils ne sont pas acceptés et traités comme des personnes normales ».

Dans l'étude de Noiseux et al. (2010), un proche explique que les variables externes qui ont influencé le rétablissement de sa fille sont l'insécurité matérielle et les pressions liées à la stigmatisation.

L'étude de Kaewprom et al., (2011) révèle également que le système de santé étant fragmenté, les patients hospitalisés dans un hôpital de soins généraux ne bénéficient pas de prestations aussi efficaces que dans un service de santé

mentale. Un problème de mauvaise coordination entre les différents services de santé est mis en cause.

Toutefois, l'étude de Kaewprom et al., (2011) souligne aussi le fait qu'un environnement favorable peut être un élément facilitant le rétablissement tout comme l'accès aux services de santé mentale. En effet, le soutien que peuvent apporter la famille et la communauté constituent un facilitateur puissant pour les personnes atteintes de schizophrénie qui peuvent ainsi obtenir de l'aide et des ressources pour leur rétablissement.

### **5.3.2 Les barrières et facilitateurs personnels**

Deux principaux obstacles personnels sont mis en lumière dans les différentes études. Le premier est le faible niveau d'auto-responsabilisation qui implique une diminution de l'adhérence au traitement et influence ainsi les comportements déviants tels que la consommation abusive d'alcool. Le second touche aux composantes de la maladie. Les symptômes négatifs tels que le retrait social et l'apathie nuisent également au bon processus du rétablissement (Cleary et al., 2013; Kaewprom et al., 2011). Le contexte socio-économique défavorisé est aussi un élément qui entrave le rétablissement.

Cleary et al. (2013) soulignent également que le manque de motivation de certains patients et la dépendance aux soins qui engendre l'envie de rester à l'hôpital, sont de forts obstacles au rétablissement.

Quant aux facilitateurs, le soutien et la présence de pairs, de proches et d'intervenants sont des éléments essentiels pour aider la personne à lutter, redonner un sens à sa vie et regagner une place dans un milieu social. Les proches peuvent ainsi valider les efforts et les victoires des consommateurs, même les plus petites. Il est également important que le patient puisse bénéficier de ce soutien lors d'un échec ou d'une rechute afin de pouvoir reprendre pied. (Kaewprom et al., 2011; Noiseux et Ricard, 2005).

L'étude de Siu, Ng, Li, Yeung, Lee et Leung (2012) a révélé quant à elle, 24 éléments importants liés au rétablissement. Aussi, l'intimité, la sexualité et le

soutien par les pairs ont été considérés par les patients comme des éléments peu significatifs pour le rétablissement.

À l'inverse, l'appartenance à une communauté est un élément important dans le rétablissement. En effet, comme le disent différentes études, une communauté a un rôle de soutien qui amène à une promotion de l'inclusion sociale, une acceptation et une reconnaissance en tant que membre de la communauté (Kaewprom et al., 2011; Noiseux et al., 2010).

Un autre facilitateur au rétablissement a été mis en évidence dans plusieurs études, il s'agit de la compliance au traitement. En effet, la médication peut faire en sorte que les patients se sentent mieux et peuvent ressentir des signes d'espoir grâce à la stabilisation qu'apporte le traitement médicamenteux. (Kaewprom et al., 2011; Piat et al., 2009).

Aussi, les facteurs reconnus comme essentiels au rétablissement sont l'acceptation de la maladie, l'espoir et l'adhérence au traitement médicamenteux (Kaewprom et al., 2011).

#### **5.4 OUTILS PERMETTANT DE MESURER LE NIVEAU DU RÉTABLISSEMENT**

Afin de pouvoir évaluer le rétablissement, Clarke et al. (2009) ont utilisé dans leur étude l'échelle RAS (Recovery Assessement Scale) et l'échelle HoNOS (Health of the Nation Outcomes Scale). La RAS évalue les aspects du rétablissement tels que la confiance en soi et l'espoir tandis que les différentes catégories composant l'HoNOS mesurent les comportements, les symptômes et le fonctionnement social. Grâce à la RAS, les auteurs ont pu déduire que les consommateurs qui ont le plus progressé dans leur objectifs, ont gagné en confiance en soi et en espoir. Ils ont aussi acquis un sens dans l'orientation des buts. L'HoNOS a pu démontrer que les consommateurs qui ont des diminutions dans les comportements agressifs et déviants ont connu une atteinte supérieure dans leurs objectifs.

Le LHS (échelle d'impuissance) développé par Park et Sung (2012) a permis d'évaluer le niveau d'impuissance chez les patients. Grâce au programme d'empowerment, ils ont pu observer une amélioration du niveau d'impuissance.

Ils ont évalué le niveau du rétablissement avec l'échelle RAS et ont ainsi constaté une évolution dans le processus de rétablissement

De plus, l'étude menée par Siu et al (2012) a cherché à connaître les éléments importants dans le rétablissement afin de développer le REAQ-PV. Le REAQ-PV est pertinent et représentatif pour évaluer le rétablissement des personnes atteintes de maladie mentale.

## 6. DISCUSSION

Ce chapitre nous permettra d'avoir un regard critique sur la pertinence de nos recherches ainsi que sur la méthodologie de notre travail. Nous confronterons par la suite, les différents résultats obtenus lors de l'analyse de nos études afin de faire émerger des perspectives utiles à la pratique infirmière et de pouvoir répondre à notre question de recherche. Nous discuterons également les différents résultats obtenus à l'aide du cadre de référence que nous avons développé dans le troisième chapitre de ce travail.

### 6.1 *REGARD CRITIQUE SUR LES ÉTUDES*

Les différentes recherches effectuées sur PubMed, CINAHL et BMC nous ont permis de sélectionner 15 études qui nous semblaient pertinentes pour répondre à notre question de recherche. Nous les avons traduites pour en avoir une meilleure compréhension puis nous avons analysé leur contenu à l'aide de grilles d'analyse méthodologique de Loiselle et Profetto-McGrath (2007). Cette démarche nous a permis dans un premier temps de juger la pertinence des ces études d'un point de vue méthodologique mais aussi le contenu de la recherche. Suite à cela, nous avons choisi de retirer 3 des 15 études retenues lors de notre sélection initiale, qui ne nous semblaient finalement pas pertinentes ou ne remplissaient pas les critères méthodologiques.

Parmi les études retenues, 11 d'entre elles étaient rédigées en anglais. La dernière étant disponible dans les deux langues, nous avons pour des raisons de compréhension évidentes, favorisé la recherche en français. En revanche, nous n'avons pas établi de critères particuliers quant à la provenance géographique des différentes études.

Les devis de recherches des différentes études étaient qualitatives et quantitatives. Nous avons choisi de ne pas exclure un type de devis afin d'avoir un champ plus large d'informations concernant le concept de rétablissement. De plus, notre question de recherche ne nous imposait pas de devoir choisir l'un ou l'autre des devis.



Nous avons également tenu à ne sélectionner que des articles datant d'après 2005 (2005 inclu) afin d'avoir les informations les plus actuelles possibles qui nous permettraient de répondre le plus adéquatement à la question de recherche. Ces études se sont toutes déroulées dans un contexte hospitalier et n'intégraient que des avis de consommateurs, de proches ou d'intervenants.

Notre revue de littérature comporte toutefois une faiblesse que nous avons identifiée dès le début de nos recherches. Notre population cible touchait les personnes atteintes de schizophrénie. Malheureusement, il nous a été très difficile de trouver une base d'articles suffisante traitant du rétablissement chez des personnes atteintes de schizophrénie uniquement. Et quand bien même les études retenues faisaient référence en majorité à des patients atteints de schizophrénie, certaines d'entre elles ont malgré tout intégré des personnes atteintes d'autres troubles mentaux dans leur échantillon.

## **6.2 DISCUSSION DES RÉSULTATS**

Afin de discuter nos résultats, nous avons décidé de reprendre la catégorisation utilisée dans le chapitre des "Résultats". Nous allons sous chaque catégorie discuter les résultats afin de mettre en évidence les concordances et les divergences d'opinions entre les différentes études. Puis nous allons mettre en lien notre cadre de référence qui est le MOPROSOR de Provencher avec les résultats discutés.

### **6.2.1 Perceptions et significations du rétablissement**

Le concept du rétablissement étant énormément discuté à l'heure actuelle, il est sujet à différentes définitions et visions. C'est pour cela que nous allons discuter les différentes visions du rétablissement mais aussi faire ressortir les similitudes entre les recherches.

Noiseux et Ricard (2005) expliquent dans leur étude que pour entrer dans le processus de rétablissement, les patients doivent activer une démarche d'introspection en se souvenant de qui ils étaient. Ces souvenirs vont leur servir de points de repères afin de développer de nouvelles capacités et de trouver une motivation pour vivre d'une manière nouvelle. Ils vont pouvoir reconstruire

un nouveau soi et investir de nouveaux champs d'intérêts. L'étude de Aston et Coffey (2012) ainsi que Kaewprom et al. (2011) viennent confirmer l'idée que le processus de rétablissement est une transformation personnelle qui suggère l'oubli de l'ancien soi afin de s'engager dans un nouveau soi et ainsi entrer dans une transformation à long terme.

Certains auteurs n'étant pas en accord avec l'idée d'un nouveau soi, développent dans leur étude la vision du rétablissement comme étant un processus de retour à l'ancien moi. Ils mettent l'accent sur l'importance de retrouver ce que les patients ont perdu à cause de la maladie et de cette manière, de retourner à l'ancien soi, ce qui pour eux signifie un retour vers la normale (Piat et al., 2009; Cleary et al., 2013).

Nous avons aussi relevé dans différentes études qu'il y a deux significations bien distinctes dans la perception du rétablissement. Certains chercheurs ont mis en avant une signification médicale, quant à d'autres, ils ont une vision humaniste du concept de rétablissement. En effet, Piat et al. (2009) voient le rétablissement comme une rémission. Certains consommateurs de leur étude vont jusqu'à comparer la maladie mentale à la maladie physique en expliquant que tout comme dans la maladie physique, les patients atteints d'une maladie mentale doivent stabiliser leurs symptômes et de ce fait peuvent être en rémission. Quant à Cleary & al., ils décrivent la vision du rétablissement comme humaniste, mettant ainsi l'autodétermination et l'espoir au centre de ce processus. Les études de Aston et Coffey (2012) et Kaewprom et al. (2011) confirment ces deux visions mais ne favorisent pas l'une ou l'autre.

Même si l'opinion sur la signification du rétablissement des différents auteurs divergent, tous les auteurs s'accordent pour dire que le rétablissement est un processus personnel et qu'il y a autant de niveaux différents et de manières de vivre le rétablissement qu'il y a de personnes. Il est aussi très important d'intégrer que le rétablissement n'est pas linéaire et dirigé par des étapes fixes. En effet, Aston et Coffey (2012) l'expliquent très clairement en disant qu'il n'y a pas de ON/OFF. Chaque personne avance à son rythme en ayant parfois besoin d'aide sur le chemin du rétablissement. Piat et al. (2009) vont encore plus loin en reprenant les dires des patients et en mettant en évidence les

inévitables revers en terme de «plateau», «montagnes russes» et de «sables mouvants». Le rétablissement est ainsi composé de hauts et de bas. C'est pour cette raison que les patients ont besoins d'avoir accès aux soins en santé mentale, afin qu'ils puissent trouver de l'aide dans les moments où l'espoir devient plus difficile à faire émerger.

Pour établir le cadre de référence le MOPROSOR, les auteurs ont discuté sur les différentes significations que peut avoir le rétablissement, afin de créer une vision commune aux auteurs. C'est ce que nous avons cherché à faire dans cette catégorie en rassemblant les perceptions retrouvées dans nos études.

Le cadre d'orientation du MOPROSOR définit la vision de l'expérience du rétablissement. Les résultats répertoriés dans nos études en lien avec la perception et la vision du rétablissement entrent dans la description du cadre d'orientation. Tout comme dans nos études, le MOPROSOR décrit par Provencher et al. (2008) prend en compte dans sa définition du rétablissement la singularité du rétablissement et le vécu unique des personnes vivant le rétablissement. Ce cadre de référence vient appuyer la vision humaniste de certains auteurs, en voyant le rétablissement comme «[...] un cheminement personnel ponctué par diverses étapes non-linéaires [...]» et en vivant «[...] une amélioration significative de la maladie et non pas son éradication complète [...]» (Provencher et al., 2008). Cette perception contredit par contre la vision médicale qui voit le rétablissement comme une rémission complète des symptômes.

### **6.2.2 L'impact du rétablissement sur la pratique des soins en santé mentale.**

#### ***La pratique et le rôle infirmier axés sur le rétablissement***

Le concept du rétablissement demande aux infirmières un nouveau positionnement professionnel dans leur rôle et leur pratique. En effet, les infirmières qui ont participé à l'étude de Aston et Coffey (2012) mettent en lumière l'incertitude qu'elles ressentent face à leur nouveau rôle professionnel. Elles ont l'impression que ce concept leur a été imposé dans la pratique sans qu'elles en connaissent ou comprennent toutes les dimensions. Il est vrai que le rétablissement vient chambouler certaines pratiques comme l'attitude et la

manière d'être en relation avec le patient. Comme le dit Noiseux et Ricard (2005), il est très important que les infirmières intègrent l'importance d'accepter la personne dans son ensemble et la voient comme un être unique. Elles pourront avec cette attitude susciter l'espoir chez le patient. Cette vision du patient aidera les infirmières à mettre en place avec le patient un processus individualisé. Clarke et al. (2009) soutiennent les dires de Noiseux et Ricard. (2005), en démontrant grâce à leur étude qu'établir avec les patients des objectifs personnels et encourager la collaboration patients-soignants ont des effets positifs sur la confiance et l'espoir. Une patiente de l'étude de Noiseux et al. (2010) appuie les dires de ces deux études ci-dessus en expliquant qu'en se fixant des objectifs et en jouant un rôle actif dans son processus de rétablissement, elle a pu reprendre le contrôle de sa vie. Mais malgré l'intérêt des soignants pour ce nouveau concept et l'envie de développer une relation thérapeutique avec les patients afin de pouvoir les accompagner au mieux dans leur rétablissement, les patients se sentent parfois mis à l'écart et ne ressentent pas l'attitude des soignants comme positive. Les patients expriment leur colère à l'égard des infirmières en expliquant dans l'étude de Aston et Coffey qu'il est difficile d'entrer en relation avec le personnel soignant. A leur yeux, les soignants se réfugieraient dans leur bureau et ne feraient pas l'effort de venir auprès d'eux. Dans l'étude de Marshall et al. (2010), les patients vont encore plus loin en relevant l'incohérence entre les valeurs défendues par les services de soins en santé mentale et les attitudes qu'ils y observent. Comme expliqué plus haut, les infirmières sont incertaines dans leur nouveau rôle et cela engendrerait peut-être ces attitudes perçues par les patients.

L'étude de Cleary et al. (2013) met en évidence les attitudes que les infirmières doivent acquérir afin d'accompagner le patient et que celui-ci se sente soutenu dans son processus. La notion de soins humanistes doit être intégrée par les infirmières afin qu'elles considèrent le patient comme un être humain à part entière, développant ainsi une alliance thérapeutique qui permettra d'entrer en communication de manière respectueuse et d'offrir un soutien et un renforcement positif. Les infirmières se doivent d'enseigner aux patients les connaissances nécessaires à la reprise de leurs responsabilités dans leur propre processus. Il est important pour cela de leur enseigner des

connaissances sur la maladie, les médicaments, la gestion de la vie quotidienne, le contrôle des impulsions et des émotions. Une bonne alliance thérapeutique favorisera l'accompagnement et le soutien dont peuvent avoir besoin les patients. Park et al. (2012) expliquent dans leur étude que le sentiment d'impuissance que peuvent ressentir les patients s'accroît durant les hospitalisations, c'est pourquoi le soutien des infirmières est primordial dans ces moments où les patients peuvent perdre tout espoir. L'étude met aussi en avant que diminuer l'impuissance des patients les aiderait à avancer dans leur rétablissement.

Deux études ont cherché à mettre en place un programme aidant les infirmières à axer leur pratique sur le rétablissement. L'étude de Piat et al. (2012) a testé un programme d'empowerment. Celui-ci a eu des effets bénéfiques pour les patients, il a permis de faciliter le changement positif dans les sentiments de force et d'espoir, et de diminuer l'impuissance. Quant à Clarke et al. (2009), ils ont utilisé un programme dans lequel les patients doivent poser trois objectifs par trimestre. Ils ont nommé ce programme le CGT. Ce programme permet d'avoir des objectifs individualisés et de favoriser la collaboration entre les soignants et les patients. Les patients choisissent leurs objectifs personnels et cherchent à les atteindre avec l'aide des professionnels. Le fait que ce soit les patients qui choisissent les objectifs les motive et ils s'investissent ainsi différemment dans l'atteinte de ceux-ci. L'atteinte des objectifs augmente la confiance en soi, l'espoir et le sentiment de bien-être.

Nous pouvons voir dans cette catégorie, que toutes les études développant les attitudes des infirmières s'accordent à dire que l'alliance thérapeutique joue un rôle important dans les soins axés sur le rétablissement et permet d'avoir une attitude positive afin de soutenir les patients dans leur processus de rétablissement et de faire émerger l'espoir dans la maladie. Il est aussi important de retenir que le concept de rétablissement met en avant les soins humanistes et qu'il faut en adopter le comportement. Pour cela, il est important de prendre en compte les besoins du patient ainsi que son avis sur les décisions à prendre. En effet, le concept de rétablissement met en avant le fait que les patients doivent se responsabiliser et qu'ils sont les décideurs de leurs

soins. Les soignants et les patients deviennent alors des collaborateurs dans les soins.

Le cadre d'orientation du MOPROSOR conçu par Provencher et al. (2008) reprend cette vision en expliquant que « la personne en voie de rétablissement transforme le sentiment d'impuissance qu'elle vit face à l'orientation et l'organisation de sa vie en pouvoir d'agir ». En effet, les soignants se doivent d'accompagner les patients dans cette démarche. De plus, tout comme dans nos études sélectionnées, le cadre d'orientation met l'accent sur le fait que « le soutien offert par les intervenants travaillant dans les services de santé ou les services sociaux peut contribuer à la promotion du rétablissement ». Afin d'aider les patients à vivre leur rétablissement, les soignants se doivent d'offrir aux patients un soutien adapté à la personne afin que celle-ci puisse réaliser ses projets de vie en respectant ses choix, son parcours de vie et sa culture.

### ***L'organisation des services axés sur le rétablissement***

Dans sa conception théorique du MOPROSOR, Provencher et al. (2008) évoque des cadres structurels et opérationnels essentiels à l'implantation du rétablissement dans les services de santé mentale. Nous avons donc cherché à savoir si des études avaient été menées sur ce sujet et si elles pouvaient apporter des points de compréhension à ces deux cadres de référence du MOPROSOR encore peu développés.

La ré-orientation des services vers un concept de rétablissement en est encore à ses prémices à l'heure actuelle mais plusieurs programmes ont déjà testé les différents aspects à prendre en compte pour une implantation réussie du concept dans la pratique. Pour les différents auteurs, il semble évident que les bases d'une telle ré-orientation des services soit fondées en premier lieu sur les connaissances du concept qui permettraient d'établir un modèle théorique solide (Noiseux et al., 2010) ainsi que sur des cours de formation pour le personnel soignant travaillant dans des services de santé mentale. Les résultats de l'étude de Marshall et al. (2010) mettent d'ailleurs en avant l'importance des programmes de formations. Les auteurs de l'étude semblent formels quant au fait que les organismes de santé mentale cherchant à se ré-

orienter vers le rétablissement doivent mettre un point d'honneur à apporter au personnel soignant une formation suffisante pour qu'il puissent acquérir une compréhension approfondie du concept de rétablissement qui pourrait être bénéfique à la prise en charge de patients des services de santé mentale. L'étude de Wilrycx et al. (2012) souligne également l'aspect bénéfique que peuvent avoir les formations sur les attitudes qu'ont les soignants envers les consommateurs en santé mentale. Les résultats prouvent qu'après deux jours de formation intensive orientée vers le rétablissement, les soignants avaient des attitudes plus positives et des croyances plus favorables face au rétablissement.

Certains de ces auteurs soulignent tout de même l'importance qu'occupent les aspects organisationnels et structurels dans l'implantation du concept dans les services. L'étude de Marshall et al. (2010) relève en effet que le soutien des leaders et la gestion d'équipe sont des aspects dont il faut s'occuper pour pouvoir maximiser la compréhension et la communication au sein des équipes et permettre ainsi une meilleure diffusion des protocoles nécessaires à l'implantation du rétablissement dans les services. L'étude de Whitley et al. (2009) va encore plus loin en faisant émerger les quatre facteurs essentiels (un leadership fort, une culture organisationnelle, la formation et la supervision) à la bonne mise en application du concept de rétablissement dans les services de santé mentale. Parmi ces facteurs, nous remarquons que le rôle du leadership semble être particulièrement important. En effet, implanté correctement aux plus hauts niveaux de hiérarchie, il aurait tendance à s'imprégner dans les niveaux inférieurs, apportant ainsi une structure et cohésion parfaite à la ligne directrice du programme d'implantation du rétablissement dans les services. Nous nous sommes demandés dans quelle mesure les facteurs révélés dans l'étude de Whitley et al. s'influençaient entre eux et s'ils étaient tous aussi importants. Nous nous sommes tout particulièrement intéressés à l'aspect « formation du personnel soignant » car il semblait être décrit comme étant la base d'une réorientation réussie vers le rétablissement. Plusieurs études dont celles de Whitley et al. (2009) et Marshall et al. (2010) décrivaient la formation comme primordiale mais la rendait dépendante de plusieurs autres facteurs. Ainsi l'étude de Whitley et al. constate que la formation du personnel soignant

est un facilitateur puissant mais qu'il dépend toutefois d'un leadership fort et d'une culture organisationnelle ouverte au changement et à l'innovation. Les auteurs suggèrent donc qu'une formation de faible qualité n'influence que très peu l'implantation du concept de rétablissement au sein d'un service initialement marqué par un leadership fort et une ouverture d'esprit face au changement. À l'inverse, il est apparu qu'une formation de haute qualité sur le concept de rétablissement ne suffirait pas à surmonter les difficultés qu'engendreraient un leadership faible et une culture organisationnelle inerte. L'étude de Marshall et al. vient elle aussi appuyer ce constat, les consommateurs en santé mentale ont décrit l'inquiétude qu'ils éprouvaient face à certains aspects de la formation. La courte durée de ces formations ainsi que les pressions exercées sur les soignants pour respecter les nouveaux objectifs qu'entraîne cette ré-orientation des services, peuvent avoir pour effet d'engendrer des attitudes négatives de la part des soignants qui se répercutent ensuite sur les consommateurs. Les consommateurs de l'étude de Marshall et al. soulignent donc l'importance d'assurer un suivi et un soutien après ces formations. Cette proposition des consommateurs rejoint l'idée de supervision mise en avant par l'étude de Whitley et al.

Finalement, l'étude de Kaewprom et al. (2011) met en évidence un facteur important ayant trait à l'organisation générale des services de santé. Les auteurs déplorent en effet la mauvaise coordination des services ainsi que la fragmentation de ceux-ci. Les hôpitaux de soins généraux ne seraient donc pas aptes à prendre en charge ce type de patients, ce qui aurait pour effet d'engendrer de nombreuses rechutes au sein des consommateurs en santé mentale. Une attention toute particulière devrait également porter sur la continuité du suivi et la mise en place d'un réseau ambulatoire performant. En effet, dans le cadre structurel du MOPROSOR, Provencher et al. (2008) explique que les services de santé physique et mental se doivent de faire tous deux partie d'un ensemble de services visant le rétablissement. De plus, Ils relèvent l'importance de coopérer activement avec les personnes vivant le rétablissement dans la planification des services axés vers le rétablissement afin d'avoir des prises en charge adaptées et individualisées. Dans le mode de gestion du cadre opérationnel, il est décrit qu'une ré-orientation des services



vers le rétablissement demande une restructuration complète des modes de gestion. Comme le décrit l'étude de Whitley et al. (2009), il faut pour cela des gestionnaires motivés à exercer un leadership performant dans cette ré-organisation des services en santé mentale.

### **6.2.3 Les obstacles et les aspects favorisant le rétablissement**

Nous avons déjà pu constater à ce stade que l'utilisation du concept de rétablissement nécessite une forte remise en question de la part des soignants et qu'il implique plusieurs aspects se rapportant à la compréhension du concept, à l'attitude des soignants ou encore au management des différentes institutions. Cependant il existe encore un point crucial à prendre en compte, il s'agit du patient. Comme nous l'avons évoqué précédemment, le rétablissement est un processus de transformation très personnel dont seul le consommateur peut initier l'impulsion. Aussi, il nous a semblé important de discuter des différentes barrières et facilitateurs qui peuvent compromettre ou favoriser un processus de rétablissement. Nous avons décelé deux types de barrières et facilitateurs, celles liées à l'environnement de la personne et l'autre liée à des facteurs plus personnels.

#### ***Les barrières environnementales***

Parmi les différentes barrières pouvant compromettre le rétablissement, la stigmatisation est celle qui a été mentionnée le plus souvent dans nos recherches. Les infirmières participant à l'étude de Kaewprom et al. (2011) relèvent la dureté avec laquelle les personnes atteintes de schizophrénie sont stigmatisées et mises à l'écart. Une participante à l'étude a d'ailleurs confié que les gens atteints de schizophrénie sont considérés comme des «fous» et qu'ils ne sont pas acceptés dans la société. Ce constat est d'autant plus préoccupant qu'il entraînerait un rétablissement plus long et une récurrence des symptômes chez les patients atteints de schizophrénie. Cela vient donc appuyer les propos de l'un des proches d'une personne atteinte de schizophrénie participant à l'étude de Noiseux et al. (2010), qui confie que les pressions liées à la stigmatisation et l'insécurité matérielle sont deux variables ayant influencé négativement le processus de rétablissement de sa fille. Cela nous amène à

penser qu'il serait essentiel d'assurer le suivi de ces personnes une fois sorties du contexte hospitalier. L'implantation du programme de rétablissement dans des services de type ambulatoires pourrait être une perspective d'avenir. De même que la création de groupes de soutien permettant aux consommateurs de maintenir un réseau social et faire diminuer ainsi le sentiment de stigmatisation. L'étude de Keawprom et al. (2011) aborde le sujet en faisant notamment référence à la mauvaise coordination du système de santé qui engendre une mauvaise prise en charge de ce type de patients. Le fait est que les hôpitaux de soins généraux ne sont pas habilités à prendre en charge convenablement des patients atteints de schizophrénie qui auraient besoin d'une prise en charge bien spécifique et d'un traitement parfaitement adapté. Cela représente une barrière très forte au rétablissement car pris en charge d'une façon inadéquate, ces patients sont facilement exposés à la récurrence des symptômes et donc à la rechute.

### ***Les barrières personnelles***

Les études sélectionnées pour notre travail de Bachelor ont souvent relevé le manque d'auto-responsabilisation et les symptômes négatifs de la maladie comme étant les obstacles les plus forts au rétablissement chez les personnes atteintes de schizophrénie. L'étude de Keawprom et al. (2011) note que le manque d'auto-responsabilisation conduit à une mauvaise observance du traitement qui lui-même entraîne plus rapidement le patient vers une rechute.

Les symptômes négatifs de la maladie sont un deuxième obstacle personnel pouvant entraver le rétablissement d'une personne atteinte de schizophrénie. Comme nous l'expose une participante à l'étude de Kaewprom et al. (2011), il semblerait que les patients présentant des symptômes positifs se remettent plus vite que ceux présentant des symptômes négatifs. Aussi, nous pensons que les symptômes négatifs se rapportant aux troubles de l'attention, de la concentration, de l'affectivité et à la capacité de jugement, peuvent facilement être mis en lien avec l'aspect de retrait social qui caractérise la stigmatisation. Cela nous amène à penser qu'un réseau social bien étoffé ainsi que le soutien des proches peut s'avérer très utile pour entamer un processus de rétablissement. En effet, le cadre d'orientation du MOPROSOR (Provencher et

al., 2008) décrit que les préjugés et la discrimination dont peuvent souffrir les personnes atteintes de schizophrénie entraînent des difficultés dans le rétablissement de la personne. Le mode d'accompagnement du cadre opérationnel, met en lumière l'importance d'offrir des interventions dans le milieu de vie de la personne. Cela est aussi mis en évidence par Keawprom et al. (2009) qui explique l'importance d'un réseau ambulatoire afin de maintenir un suivi après la sortie de l'hôpital.

### ***Les facilitateurs environnementaux***

Les facteurs environnementaux sont eux aussi très importants pour favoriser le rétablissement (Kaewprom et al. 2011). Un environnement favorable va permettre au patient de se sentir bien et de se sentir libre dans son processus de rétablissement. L'accès aux services de santé mentale a lui aussi son importance. En effet, le rétablissement n'étant pas linéaire, il arrive que le patient fasse une rechute et ait besoin d'être hospitalisé. Les hôpitaux ou centres de jour permettent aussi aux patients encore fragiles d'avoir un espace où parler de la maladie et où trouver du soutien lors de moments plus difficiles.

### ***Les facilitateurs personnels***

Certains facteurs personnels tels que l'entourage, la maladie, l'adhérence au traitement, etc. facilitent le rétablissement des patients.

Dans les études de Noiseux et Ricard (2005), Kaewprom et al. (2011) et Cleary et al. (2013), le soutien et la présence des pairs, des proches ainsi que des soignants sont pour les patients des éléments essentiels pour retrouver un sens à leur vie et une place dans un milieu social. En effet, les proches ou les pairs peuvent valider les efforts et les victoires de la personne, ce qui l'encourage à continuer. Ils ont aussi besoin de leur proches lors d'échecs ou de rechutes afin de reprendre pied. Les soignants sont aussi des éléments essentiels, ils sont vu par les patients comme des figures rassurantes et stables. L'étude de Siu et al. (2012) vient contredire l'importance des pairs dans le rétablissement. Dans cette étude, les patients voient le soutien des pairs comme un élément peu significatif pour le rétablissement. En effet, dans leur discussion, Siu et al. (2012) expliquent que cela peut être lié au stade de la maladie dans lequel ils

se trouvaient au moment où ils ont dû évaluer les éléments importants au rétablissement. En effet, un des symptômes de la schizophrénie est le retrait social. La personne étant en retrait social ne peut s'imaginer en contact avec autrui, le soutien de pairs lui paraît alors dérangeant et non significatif.

Plusieurs études s'accordent à dire que l'adhérence au traitement est un élément essentiel au bon rétablissement des patients en santé mentale. En effet, les traitements médicamenteux permettent la stabilisation des symptômes et de ce fait le patient se sent mieux et peut entrer dans un processus de rétablissement. Le patient n'étant plus restreint par ses symptômes, va ressentir de l'espoir et de l'énergie pour s'investir dans son rétablissement. Les traitements permettent aussi au patient de se poser et de prendre conscience de sa maladie, ce qui va lui permettre d'entrer en soins. (Piat et al. 2009; Kaewprom et al. 2011)

Dans le cadre d'orientation du MOPROSOR (Provencher et al. 2008), on peut voir que l'importance du soutien par les pairs varie d'une personne à l'autre. Ceci justifie les deux avis des études sur l'importance de la relation avec les pairs dans le processus de rétablissement. Le cadre opérationnel décrit lui aussi, tout comme dans nos études, l'importance du bon accès aux services de santé afin d'assurer une continuité dans la prise en charge des patients et de ce fait maintenir le lien et diminuer le sentiment d'abandon. Cette continuité se doit d'être préservée par les gestionnaires et les soignants.

#### **6.2.4 Les outils permettant de mesurer le niveau de rétablissement**

Certaines de nos études sélectionnées ont développé ou utilisé des outils afin d'évaluer le niveau de rétablissement des patients hospitalisés. Ces outils permettent aux infirmières de savoir de manière objective comment avancent les patients dans leur processus de rétablissement. Cela leur permet aussi d'adapter au fur et à mesure les objectifs choisis avec les patients.

Dans l'étude de Clarke et al. (2009), ils ont utilisé l'échelle RAS et l'échelle HoNOS. La RAS leur permet d'évaluer les aspects du rétablissement tels que la confiance en soi et l'espoir. Les infirmières peuvent grâce à cela adapter leurs attitudes et la relation avec le patient en fonction du niveau de confiance

en soi et d'espoir. Avoir une bonne confiance en soi et un haut niveau d'espoir pour son mieux-être aide le patient à avancer dans son rétablissement et à atteindre ses objectifs. Les infirmières ayant participé à cette étude utilise aussi l'échelle HoNOS qui leur permet de mesurer les comportements, les symptômes ainsi que le fonctionnement social. Plus le patients évolue dans son processus de rétablissement plus son HoNOS sera élevé. En évaluant les comportements, les symptômes et les fonctionnements sociaux, les infirmières peuvent voir si les objectifs sont adaptés aux difficultés du patient et évaluer où sont les grandes difficultés. En effet, les infirmières ont pu observer que les patients ayant des comportements déviants tels que l'agressivité ou la consommation de toxiques, évoluent moins bien dans leur processus de rétablissement. Park et Sung (2012) ont eux aussi utilisé l'échelle RAS dans leur étude et ont pu juger de sa pertinence. Ils ont utilisé une deuxième échelle en plus, la LHS, qui permet d'évaluer l'impuissance des patients. En effet, l'impuissance est un symptôme qui empêche d'évoluer de manière favorable vers un bien-être. C'est pourquoi il est important de savoir où se situent les patients sur l'échelle d'impuissance afin de pouvoir travailler sur ce sentiment.

Ces trois échelles pourraient être reprises dans certains services afin d'évaluer où en sont les patients dans leur processus et poser ou adapter les objectifs de soins avec eux. Cela permet aux soignants ainsi qu'aux patients d'avoir des points de repères objectifs dans l'évolution du processus de rétablissement.

Le cadre opérationnel du MOPROSOR (Provencher et al., 2008) parle des différents indicateurs permettant de juger le niveau de rétablissement des patients. Ces indicateurs visent l'état de santé physique et psychologique, les relations sociales et le niveau de qualité de vie. Ci-dessus, nous avons relevé de nos études différentes échelles nous permettant d'évaluer ces indicateurs. Ces outils peuvent aider les soignants dans le suivi de leurs patients et ainsi évaluer leur progression.

### **6.3 RÉPONSE À LA QUESTION DE RECHERCHE**

À la suite de notre démarche, nous sommes en mesure de répondre à notre question de recherche qui était: *Quelles sont les connaissances actuelles sur le concept du rétablissement et son impact sur la pratique des soins en santé mentale des personnes atteintes de schizophrénie?*

Les études sélectionnées nous ont permis d'avoir une première approche et une meilleure compréhension du concept, du changement de rôle qu'il implique dans la pratique et de l'avis des personnes concernées. Nous avons également pu comprendre les impacts qu'un tel concept pourrait avoir une fois utilisé dans les services de santé mentale, que ce soit au niveau de la philosophie de soins vis-à-vis des patients atteints de schizophrénie ou au niveau structurel et organisationnel, regroupant la gestion d'équipe et le management.

Le modèle du MOPROSOR élaboré par Provencher et al. (2008) est venu compléter les informations fournies par notre sélection d'articles. Il nous a également guidés dans la discussion de nos résultats. Nous nous sommes rendus compte, au fur et à mesure de l'analyse de nos résultats, de la pertinence du modèle de Provencher. En effet, les cadres d'orientation structurels et opérationnels qu'elle décrit dans le MOPROSOR coïncident parfaitement avec les résultats obtenus lors de nos recherches. Nous sommes donc en mesure de penser que nos recherches ont pu, dans une certaine mesure, appuyer ou compléter les éléments présents dans le MOPROSOR de Provencher et donc être utiles à la pratique.

Ce travail de Bachelor nous a permis de comprendre les éléments qui composent le concept du rétablissement et que celui-ci ne peut être défini que sur la base de valeurs, significations et représentations communes. Il semble en effet difficile de décrire le rétablissement littéralement car il décrit un processus profondément personnel, non linéaire et propre à chaque personne. Nous avons également pu comprendre quel est l'impact de la pratique du rétablissement dans les services et quels facteurs sont indispensables pour utiliser ce concept efficacement.

## 7. PERSPECTIVES

Dans ce chapitre, nous allons développer les implications pour la pratique puis nous proposerons quelques recherches ultérieures dont nécessiterait encore ce concept du rétablissement.

### 7.1 *IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE*

Gâce à la recension de nos résultats, nous avons pu faire émerger différentes pistes d'actions pour la pratique et amener ainsi de nouvelles connaissances aux futurs professionnels que nous sommes.

Les premières perspectives concernent le nouveau positionnement que doivent adopter les infirmières dans la relation soignants-soignés :

- Avoir une vision humaniste des soins afin de voir la personne dans son ensemble et comme un être unique à part entière.
- Adopter une attitude positive et soutenante.
- Adopter une position d'accompagnateur plutôt que d'expert.
- Responsabiliser le patient dans son processus de rétablissement.
- Valider les réussites du patient afin de favoriser son estime de soi et l'espoir, et de cette manière diminuer l'impuissance ressentie.
- Respecter les choix du patient, ses besoins, son parcours de vie ainsi que sa culture.
- Enseigner au patient des connaissances sur la maladie, les médicaments, la gestion de la vie quotidienne, le contrôle des émotions afin de favoriser l'autogestion.
- Proposer un soutien de pairs afin de permettre les échanges sur les expériences du rétablissement.

Les secondes perspectives aborderont les stratégies permettant d'orienter les services de soins en santé mentale vers le rétablissement :

- Mettre en place des programmes de formation axés sur le rétablissement afin que les soignants aient des connaissances appropriées sur ce concept et puissent ainsi en adopter les attitudes.
- Adapter le leadership au concept de rétablissement.
- Développer la coordination entre les différents services de soins afin de favoriser la continuité des soins et l'adéquation des services.
- Travailler en partenariat avec les consommateurs dans l'adaptation des services afin de les orienter vers les besoins de la clientèle.
- Mettre en place des outils adaptés au concept de rétablissement tels que des échelles d'évaluation du rétablissement.

## **7.2 RECHERCHES ULTÉRIEURES**

La recherche devrait dans l'ensemble pouvoir clarifier les définitions du concept de rétablissement d'ici quelques années. Les nombreuses études initiées par des pionniers tels qu'Anthony, Provencher et Noisieux ont permis d'amorcer le travail de compréhension générale du concept et l'interprétation des multiples significations évoquées par les consommateurs, proches et intervenants.

L'enjeu, à l'heure actuelle, est donc d'approfondir les recherches pour définir comment utiliser le rétablissement dans la pratique et de mesurer ses effets pour qu'il puisse servir de référence ou au contraire être remis en question et ajusté. Nous pensons également qu'il serait intéressant d'entamer des recherches sur ce concept à un niveau national. Nous avons pu constater lors de nos stages que de nombreux services travaillaient déjà avec le concept de rétablissement mais que plusieurs aspects du concept leur échappaient encore. Ceci est compréhensible étant donné qu'aucune recherche n'a été menée pour définir les besoins des usagers en santé mentale, en Suisse. De plus, nous ne savons pas si les consommateurs suisses ont été informés de ces pratiques et interrogés sur leurs représentations du concept et leur possible implication dans la mise en oeuvre de celui-ci. Il serait donc intéressant de pouvoir mener des études auprès des usagers suisses afin de comprendre leur vision du



rétablissement et les conseils qu'ils pourraient dispenser aux gestionnaires et soignants sur la mise en application du concept dans les services.

Il faut également penser à prendre en compte les contextes politiques, économiques et sociaux en Suisse afin d'adapter au mieux ce concept dans les services. Les études retenues provenant majoritairement du Canada et des États-Unis, il serait essentiel de bien discerner les limites de ces études et la transférabilité de leurs résultats.

## CONCLUSION

Au terme de ce travail de recherche, nous sommes satisfaits de constater que cette revue de littérature nous permet d'envisager de nouvelles perspectives dans notre rôle infirmier. En effectuant ce travail, nous souhaitons répondre à la question de recherche mais aussi découvrir un nouveau concept qui pourrait nous être utile dans notre pratique professionnelle. Bientôt diplômés, ce travail nous a permis d'amorcer des recherches par notre propre initiative et de contribuer à entamer une démarche dans la compréhension de nouvelles approches. Le concept de rétablissement nous a énormément appris sur l'accompagnement des personnes souffrant de schizophrénie. Il nous a permis de nous positionner différemment dans notre vision des soins infirmiers et de considérer le patient comme son propre expert afin d'entrer dans un partenariat et concevoir un projet commun.

Malgré la difficulté que nous avons eue à démarrer ce travail et à en comprendre toute la méthodologie, nous constatons aujourd'hui que nous avons pu acquérir des compétences qui nous seront utiles pour des recherches futures. Ce travail nous aura permis de développer un regard critique sur les études en lien avec notre problématique. Très approximatives au début de notre travail, nos recherches se sont ensuite affinées et la pertinence du contenu général a pu ainsi être améliorée.

D'autre part, accomplir un tel travail en binôme a pu parfois être compliqué. Mais cela nous aura appris à confronter nos idées, faire des compromis et s'est avéré très riche en terme d'apprentissage. Le point positif d'un travail à deux, c'est pouvoir se soutenir mutuellement dans certains moments difficiles.

## 8. BIBLIOGRAPHIE

### 8.1 ARTICLES ET REVUES PÉRIODIQUES

Antony. W. (2002). Pour un système de santé axé sur le rétablissement. Douze points de repère pour l'organisation d'ensemble des services. *Santé mentale au Québec*, XXVII, 1, 102-113.

Aston, V. et Coffey, M. (2012). Recovery : what mental health nurses and service users say about the concept of recovery. *Journal of Psychiatry Mental Health Nursing*, 19, 257–263.

Benamar, R. Buzaku, X. Mannaerts, D. (2010). Dossier thématique l'empowerment, *Culture&Santé asbl Education Permanente*.

Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. (1979). *Psychotherapy : Theory, Research, Practice* ;16:252–60.

Cheval, S. C. Mirabel-Sarron, J.-D. Guelfi, F. Rouillon. (2009) L'alliance thérapeutique avec les patients limite en thérapie cognitivo-comportementale *Annales Médico-Psychologiques* , 347–354.

Clarke, S. Oades, L. Crowe, T. Caputi, P. Deane, F. (2009). The role of symptom distress and goal attainment in promoting aspects of psychological recovery for consumers with enduring mental illness. *Journal of Mental Health*. 18(5): 389-397.

Cleary, M. Horsfall, J. O'Hara-Aarons, M. Hunt, G. (2013). Mental health nurses' views of recovery within an acute setting. *International Journal of Mental Health Nursing*. 22, 205-212.

Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S., & Ricard, N. (2006). Factorial validation of a French short-form of the Working Alliance Inventory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(1), 36-45.

Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. (1993) . *Journal of Consulting and Clinical Psychology* ; 61:561–73.

Jacobson. N. (2007). Politiques et pratiques en santé mentale. Comment intégrer le concept du rétablissement. *Santé Mentale au Québec*, XXXII, 1, 245-264.

Jacobson, N., Greenley, D. (2001). What is recovery ? A conceptual model and explication, *Psychiatric Services*, 52, 482-485.

Kaewprom, C., Curtis, J., Deane, F. P. (2011). Factors involved in recovery from schizophrenia: A qualitative study of Thai mental health nurses. *Nursing and Health Sciences*.

Marshall, S. L., Oades, L. G., Crowe, T. P. (2010). Australian Mental Health Consumers' Contributions to the Evaluation and Improvement of recovery-oriented Service Provision. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. Vol 47. N° 3.

Noiseux, S. et Ricard, N. (2005). Le rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie. *Perspectives infirmières*. 10-22.

Noiseux, S., Tribble St-Cyr, D., Corin, E., St-Hilaire, P.-L., Morissette, R., Leclerc, C., Fleury, D., Vigneault, L. et Gagnier, F. (2010). The process of recovery of people with mental illness: the perspectives of patients, family members and care providers: Part 1. *BMC Health Services Research*.

Park, S. Sung, K. (2012). The Effects on Helplessness and Recovery of An Empowerment Program for Hospitalized Persons with Schizophrenia, *Perspectives in Psychiatric Care*.

Piat, M., Sabetti, J., Couture, A. (2009). What does recovery mean for me? Perspectives of Canadian mental health consumers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*.

Provencher, H.L. (2002). L'expérience du rétablissement perspective théoriques. *Santé mentale au Québec*, XXVII, 1, 35-64.

Provencher, H. L. (2003). Rapport sur les services axés sur le rétablissement des personnes ayant des trouble affectifs sévères et des troubles anxieux sévères : Clinique thérapie Quatre-Saisons. Université Laval.

Provencher, H. L. (2006). Le rétablissement : un nouveau modèle en santé mentale. *Santé Mentale*, 106, 69-65.

Provencher, H.L. (2008). Le paradigme du rétablissement : Le modèle préliminaire d'organisation des services orientés vers le rétablissement (MOPROSOR) : introduction et présentation détaillée du cadre d'orientation. *Le Partenaire*. Vol. 16, n°1.

Provencher, H.L., Corey, L.M. (2010) une conception élargie du rétablissement, *L'information psychiatrique* ; 86 : 579-589.

Siu, B. Ng, B. Li, V. Yeung, Y. Lee, Y. Leung, A. (2012), Mental health recovery for psychiatric inpatient services: perceived importance of the elements of recovery. *East Asian Arch psychiatrie*, 22, 39-48.

Whitley, R., Gingerich, S., Lutz, W. J., Mueser, K. T. (2009). Implementing the illness management and recovery program in community mental health settings: facilitators and barriers. *Psychiatric Services*. Volume 60. N°2.

Wilrycx, G. K. M. L., Croon, M. A., Van den Broek, A. H. S., Van Nieuwenhuizen, C. (2012). Mental health recovery: Evaluation of a recovery-oriented training program. *The Scientific World Journal*.

## **8.2 OUVRAGES**

American psychiatric association. (2004). *DSM-IV-TR Critères diagnostiques*. Paris : Masson.

Debray, Q. (2006). Nouveaux cahiers de l'infirmière: Psychiatrie: 1. Syndromes et maladies. Paris: Masson.

Loiselle G., C., Pofetto-McGrath, J., Polit F., D. & Tatano Beck, C. (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières: Approches quantitatives et qualitatives. Canada : ERPI.

Monestès, J.-I. (2008). La schizophrénie, mieux comprendre la maladie et mieux aider la personne. Paris: Odile Jacob.

Townsend, M. C. (2004). Soins infirmiers, Psychiatrie et santé mentale. Québec: Editions du Renouveau Pédagogique Inc.

## **8.3 POLYCOPIÉ**

Auderset, P.-B. (2012). Rétablissement, *Polycopié*. Fribourg: Haute Ecole de Santé.

## 9. ANNEXE A : DÉCLARATION D'AUTHENTICITÉ

« Nous déclarons avoir effectué ce travail nous-mêmes, en respectant les normes imposées par la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Les références aux différents auteurs et documents présentés dans ce travail ont été clairement identifiées et nommées. »

Pauline Dévaud

Michael Pinto Meireles

## 10. ANNEXE B : TABLEAU DES VALEURS ET PRINCIPES ISSU DU MOPROSOR

Tableau II

Cadre d'orientation : Vision de l'expérience du rétablissement	
<b>Généralités</b>	
1. Le rétablissement est une expérience globale de santé orientée à la fois vers la restauration et la promotion de la santé.	17. La personne en voie de rétablissement consolide son pouvoir d'agir par l'acquisition de nouvelles capacités, la création d'une vision positive d'elle-même et l'exercice du contrôle qu'elle désire avoir sur sa vie.
2. Le rétablissement est une expérience relativement courante.	18. Au fil du rétablissement, la personne gère avec de plus en plus d'efficacité le trouble mental, et cela en ayant recours à des stratégies préventives, comme la surveillance de signes de rechute, ainsi qu'à des stratégies proactives, comme l'adoption de saines habitudes de vie (par exemple, sommeil, gestion du stress).
3. Le rétablissement est possible même si des symptômes sont encore présents.	19. La personne en voie de rétablissement vit des changements positifs dans sa façon d'être en relation avec les autres, dont l'instauration de relations respectueuses, authentiques, réciproques qui représentent de véritables sources de valorisation pour elle.
4. Le rétablissement est possible même si des médicaments sont pris sur une base quotidienne ou à l'occasion.	20. Le soutien offert par les pairs peut contribuer à la promotion du rétablissement.
5. Le rétablissement est une expérience unique, la façon de se rétablir et le rythme avec lequel on se rétablit variant d'une personne à l'autre.	21. L'importance accordée au soutien offert par les pairs dans le rétablissement varie d'une personne à l'autre.
6. Le rétablissement est une expérience qui a une signification particulière pour chaque personne.	22. Le soutien offert par les membres de la famille (par exemple, parents, conjoints, enfants) peut contribuer à la promotion du rétablissement.
7. Le rétablissement est une expérience qui met à contribution la communauté au sein de laquelle la personne vit, comme les divers services qui s'y retrouvent (par exemple, services de santé, sociaux, de loisirs) et les divers contacts que la personne a avec les gens du milieu (par exemple, personnes rencontrées dans des lieux publics comme des restaurants ou des magasins, voisins).	23. L'importance accordée au soutien offert par les membres de la famille (par exemple, parents, conjoints, enfants) dans le rétablissement varie d'une personne à l'autre.
8. Des conditions de vie décentes favorisent l'expérience du rétablissement, telles celles se rapportant au logement, aux ressources matérielles ou au transport à titre d'exemple.	24. Le soutien offert par les intervenants travaillant dans les services de santé ou les services sociaux peut contribuer à la promotion du rétablissement.
9. La personne éprouve parfois plus de difficulté à se rétablir de préjugés et de situations de discrimination à l'égard des personnes aux prises avec des troubles mentaux que du trouble mental même.	25. L'importance accordée au soutien offert par les intervenants travaillant dans les services de santé ou les services sociaux varie d'une personne à l'autre.
<b>Dimensions du rétablissement</b>	
10. La personne se définit de moins en moins en fonction du trouble mental au fur et à mesure qu'elle se rétablit.	<b>Processus de rétablissement</b>
11. La personne en voie de rétablissement découvre de nouvelles facettes d'elle-même et les utilise dans la réalisation de nouveaux projets de vie.	26. Le rétablissement est un processus de changement.
12. L'espoir en une vie meilleure est le moteur qui permet à la personne d'aller de l'avant et de s'engager dans des activités ou des projets qui actualiseront davantage son potentiel.	27. La personne vit des phases d'avancée et de recul au fil de son expérience de rétablissement.
13. L'expérience de la spiritualité, sous la forme de croyances ou de pratiques spirituelles/religieuses, peut contribuer à la promotion du rétablissement.	28. La personne vit des phases de plateau au fil de son expérience de rétablissement.
14. L'importance accordée à la spiritualité dans le rétablissement varie d'une personne à l'autre, que ce soit pour ce qui est de croyances ou de pratiques spirituelles/religieuses.	29. Le rétablissement est possible en dépit de la nature épisodique de certains troubles mentaux.
15. Le rétablissement est une expérience qui fait appel à un important investissement de la part de la personne.	30. La signification attribuée au rétablissement peut varier tout au long du parcours de la personne.
16. La personne en voie de rétablissement transforme le sentiment d'impuissance qu'elle vit face à l'orientation et l'organisation de sa vie en pouvoir d'agir.	31. La finalité du processus de rétablissement a une signification particulière pour chaque personne.
	<b>Indicateurs de résultats</b>
	32. Les indicateurs de résultats liés au rétablissement ont une signification particulière pour chaque personne.
	33. Les indicateurs liés à la maladie d'une part et ceux liés à la santé d'autre part font tous deux partie de l'expérience du rétablissement.
	34. Les indicateurs de résultats liés au rétablissement comprennent de nombreux domaines de vie, dont l'état de santé physique, l'état de santé psychologique, la performance de rôles et d'activités dans la société ainsi que la qualité de vie.



## 11. ANNEXES C : GRILLES D'ANALYSE DES ARTICLES

### Grille de lecture critique d'un article scientifique Approche quantitative

#### Article 1

Park, S. Sung, K. (2012). The Effects on Helplessness and Recovery of An Empowerment Program for Hospitalized Persons with Schizophrenia, *Perspectives in Psychiatric Care*.

#### Provenance de l'étude

Corée du Sud

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre nous permet de saisir la thématique de l'étude qui sont les effets d'un programme d'empowerment sur le rétablissement et l'impuissance pour les personnes hospitalisées atteintes de schizophrénie.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé contient l'objectif qui est d'évaluer les effets sur l'impuissance et le rétablissement d'un programme d'empowerment, la conception et la méthode qui sera de prendre un groupe contrôle et un groupe expérimental composés de 46 patients pendant 6 semaines. Les résultats ont révélé que le programme est efficace et les conséquences pour la pratique dans laquelle, ils stipulent que ce programme peut-être utilisé comme intervention infirmière.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Le problème est clairement énoncé. Ils explique que la plupart des personnes atteintes de schizophrénie ne sentent pas s'ils sont rétablis, même après les traitements et n'ont pas foi dans la possibilité de rétablissement. Ils se sentent désespérés et impuissants. Ce sujet est rarement soulevé par les professionnels, et ce problème est aggravé par le fait que les patients ne sont pas en mesure de répondre à ces sentiments dans une connaissances adéquate de leur propre maladie. C'est pourquoi il ont voulu testé un programme d'empowerment.

Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			L'introduction met en lumière plusieurs variables parmi lesquelles la notion d'impuissance qui est décrite dans le processus de cause à effet. Des facteurs externes et internes tels que l'environnement social et professionnel sont également cités, de même que le concept d'empowerment qui s'avère être un important concept pris en compte.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'empowerment est un concept qui relie les forces individuelles et les compétences, les systèmes d'aides naturels et les comportements pro-actifs pour la politique sociale et le changement social. L'empowerment se réfère à un modèle de santé de bien être et un processus relationnel qui se dégage de la reconnaissance des ressources contextuelles, personnelles et sociales.</li> <li>- Le concept de rétablissement comprend à la fois des expériences subjectives et objectives. Le rétablissement est un concept diffus qui inclut des facteurs tels que la productivité, le fonctionnement indépendant, et le maintien satisfaisant des relations. Le désespoir et/ou l'impuissance sont des facteurs importants dans la mise en place d'un concept de rétablissement entre les patients et les professionnels.</li> </ul> <p>Il y a donc le concept d'empowerment et de rétablissement qui sont décrits mais cela reste très léger et le cadre théorique ne ressort pas dans la recherche.</p>
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Les hypothèses étaient que (a) l'impuissance du groupe expérimental, qui a utilisé le programme d'autonomisation, serait réduite de plus que celle du groupe de contrôle, et (b) le degré de rétablissement du groupe expérimental serait plus haut que celui du groupe témoin.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Deux type d'hypothèses apparaissent à la fin de l'introduction mais ne sont pas expliquées à l'aide de théories ou recherches antérieures.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Oui , il s'agit d'un devis quasi-expérimental quantitatif.

Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Il s'agit de patients atteints de schizophrénie qui sont hospitalisés. Ils prennent tous des antipsychotiques. Par contre ils ne disent pas leur âge et leur sexe.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Il était difficile de faire ce programme test sur plus de patients car il était important d'évaluer chaque résultat. L'échantillon est composé de 46 patients.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Il est décrit chaque échelle qu'il ont choisi afin d'évaluer les effets du programme d'autonomisation. Ils ont utilisé l'échelle d'évaluation d'impuissance (LHS) et l'échelle d'évaluation subjective du rétablissement (RAS).
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Il est dit dans la recherche qu'ils veulent observer si ce programme d'autonomisation a un effet positif sur l'impuissance que peuvent ressentir les patients et s'il les aide dans leur rétablissement.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Il décrivent l'intervention qu'ils ont effectuée sur le groupe expérimental et disent que le protocole d'étude a été accepté par le conseil et que chaque participant ainsi que son tuteur ont donné leur accord et que la confidentialité sera respectée.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Il y a les statistiques des résultats pour chacune des échelles utilisées. Les données ont été analysées à l'aide d'un logiciel qui a permis de calculer les sommes, proportions, valeurs moyennes et l'écart type.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires,				Des tableaux sont présentés afin que les résultats soient clairement exposés.

	tableaux, graphiques, etc.) ?				
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?			X	Les résultats sont clairement exposés et mis en lien avec la pratique infirmière. Mais les concepts et cadre théorique sont peu ou pas mis en lien avec les résultats. Les résultats confirment les hypothèses comme quoi ce programme permet de diminuer le sentiment d'impuissance et d'augmenter le niveau de rétablissement.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?				Les chercheurs parlent de la généralisation des conclusions dans les limites de l'étude. Ils énoncent 3 points importants. Le premier étant que l'étude portait sur un hôpital de Corée du Sud et donc l'échantillon choisi ne peut être représentatif de toute la population atteinte de schizophrénie. Ensuite, ils n'ont pas analysé les événements de vie individuels qui auraient pu altérer l'impuissance ou le rétablissement. Finalement, il serait judicieux à l'avenir, d'utiliser des méthodes d'évaluation multi-dimensionnelles lors des prochaines études. Toutefois, cet étude nous en apprend énormément sur le programme d'empowerment des patients et appuie certaines conclusions quand au mode d'application de ce programme.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			En effet, il y a certaines limites à cette étude. Elle a été menée auprès d'un échantillon dans des hôpitaux locaux en Corée du Sud, ce qui signifie que les participants n'étaient pas un échantillon représentatif des personnes atteintes de schizophrénie.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Il décrivent l'implication pour la pratique des soins infirmiers. Ce programme pourrait être utilisé dans la pratique comme intervention infirmière. Des recherches futures devront être menées afin de pouvoir mettre en place un programme individuel.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et			X	Cet article est bien écrit et structuré, il permet une lecture facile et compréhensible.

	suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?			X	Ce programme montre de bons résultats sur l'impuissance ce qui est intéressant pour la pratique et pourrait aider les infirmières dans leurs interventions axés sur le rétablissement envers les patients atteints de schizophrénie. Mais l'étude ne développe pas plus la question de la pratique infirmière.

\*Peu Clair = Information incomplète. Explication : Dans le cadre d'une revue de littérature systématique, si l'information fournie dans l'article de recherche par leurs auteurs est incomplète / peu claire, les reviewers (chercheurs qui effectuent la revue de littérature) prennent contact avec les auteurs de la recherche en vue de clarifier les points manquants.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche qualitative**

**Article 2**

Aston, V. et Coffey, M. (2012). Recovery : what mental health nurses and service users say about the concept of recovery. *Journal of Psychiatry Mental Health Nursing*, 19, 257–263

**Provenance de l'étude**

Royaume-Uni

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			On trouve dans le titre le thème qui est le rétablissement, l'intérêt qui est ce que disent les infirmières et les usagers sur le concept.
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?			X	Les différentes parties ne sont pas nommées mais on les trouve sous forme de textes continus. Ils expliquent que c'est une étude qualitative dans laquelle ils ont créé deux groupes de discussion afin d'examiner ce signifie le rétablissement pour les consommateurs et les soignants. L'analyse des résultats aura conduit les auteurs à 4 grand thèmes qui sont la « compréhension du rétablissement », « la sémantique », « thérapeutique » et « un voyage ».
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Ils expliquent dans l'introduction qu'ils souhaiteraient connaître les multiples perspectives des utilisateurs de services et infirmiers en santé mentale à l'égard du concept de rétablissement et comment il s'intègre au sein des services de santé mentale.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Ils exposent les connaissances ou le manque de connaissances actuelles sur les accords et désaccords qu'ont les consommateurs et les infirmières sur le concept du rétablissement.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel			X	Ils exposent l'orientation idéologique qui est d'influencer positivement les soins hospitaliers de santé mentale en s'appuyant sur les notions de rétablissement et en se concentrant sur un

	ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?				language acceptable entre les consommateurs et les infirmières.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			La question n'est pas clairement formulée mais elle est expliquée. Ils veulent connaître les différentes perspectives des utilisateurs des services de santé mentale et des infirmières à l'égard du concept de rétablissement et comment il s'intègre au sein des services de santé mentale.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Elle découle de l'état des connaissances car c'est en faisant des recherches qu'ils ont été amenés à se questionner sur ce sujet et la vision idéologique qu'ils ont des soins en santé mentale axée sur le rétablissement. En effet, ils ont pu remarquer que la littérature sur le rétablissement indique des perspectives contrastées sur la signification de concept et que les avis des consommateurs et des soignants divergent.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? -Les temps passés sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Le devis de recherche est cité dans le sommaire au début de l'étude, il s'agit d'une étude qualitative inductive. Les méthodes sont décrites, ils ont créé deux groupes de discussion d'environ 1h qu'ils ont enregistrés, ce qui signifie qu'ils ont passé peu de temps sur le terrain et sont venus recueillir les données une seule fois, mais cela correspond au devis de recherche.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Ils ont fait ces discussions de groupe à l'hôpital et dans un local des services de santé mentale. Le groupe de consommateurs : ils avaient tous plus de 18 ans et avaient tous déjà eu une expérience avec des services de santé mentale en milieu hospitalier. Le groupe des infirmiers : ont tous différents grades et niveaux d'expérience, ils travaillent tous actuellement dans les services de santé mentale en milieu hospitalier.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			X	Ils ne parlent pas de la saturation des données dans l'étude.

Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Ils ont décrit les instruments de collecte de données : ils ont créer deux groupes de discussion dont ils ont enregistré le contenu.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Ils aimeraient connaître le point de vue des infirmiers et des utilisateurs des services de santé sur le sujet du rétablissement, il est donc cohérent de créer des groupes de discussion afin d'entendre leur avis sur le phénomène du rétablissement. Le phénomène est lié à la question de recherche.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			La procédure de recherche est décrite : créer deux groupes de discussion qui seront guidés à l'aide de question ouverte, analyse des données, création d'une carte thématique.  Les participants ont du signer un consentement et le contenu des discussions est resté anonyme.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Les chercheurs ont étayé le déroulement de l'étude de manière claire ce qui fait que l'on peut utiliser leurs conclusions mais l'étude comporte tout de même certaines limites.
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair*</b>	<b>Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques</b>
<b>Résultats</b> Traitement des données	-Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Les méthodes de traitement des données sont clairement décrites : Le cadre d'analyse (Ritchie & Spencer 2002) a été utilisé pour gérer les données impliquées dans un certain nombre d'étapes interconnectées distinctes. Les cinq étapes sont constituées de la familiarisation, l'identification d'un cadre thématique, l'indexation, la cartographie et l'interprétation puis noter les idées principales. Une fois familiarisé avec les données, les données ont été codées et une carte thématique initiale des données a été développée. Suite à ces premiers codages, les thèmes ont été regroupés et en utilisant une approche inductive, les thèmes ont été identifiés par



					rapport à leurs liens avec les données recueillies plutôt qu'intégrées dans un cadre existant. Puis les différents résultats ont été repartis dans les catégories.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés sous forme de citations directes et de commentaires et ont été catégorisés.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?			X	La discussion est peu visible car elle a été effectuée en même temps que les résultats. Les résultats ont été interprétés à l'aide de recherches antérieures.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Ils disent dans la conclusion que les résultats ne peuvent être généralisés.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Ils expriment dans la conclusion que l'échantillon est petit et qu'on ne peut généraliser les résultats.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Ils disent que d'autres études dans ce domaine devraient être effectuées afin de partager et contraster les différentes compréhensions sur ce concept dans la pratique. Il semble également y avoir de véritables possibilités de formation commune et l'éducation des usagers des services et des infirmières sur les possibilités impliquées dans une démarche de rétablissement que cette étude ne fait que commencer à découvrir.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse	X			L'article est bien écrit et les différents points sont bien visibles hormis la discussion et les résultats qui sont développés ensemble.

	critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats n'étant pas généralisables cela ne peut être utilisé que dans les mêmes contextes que l'étude. Mais elle apporte tout de même des éléments importants pour la pratique infirmière, ces éléments peuvent servir de pistes pour les soignants.

\*Peu Clair = Information incomplète. Explication : Dans le cadre d'une revue de littérature systématique, si l'information fournie dans l'article de recherche par leurs auteurs est incomplète / peu claire, les reviewers (chercheurs qui effectuent la revue de littérature) prennent contact avec les auteurs de la recherche en vue de clarifier les points manquants.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche qualitative**

**Article 3**

Cleary, M. Horsfall, J. O'Hara-Aarons, M. Hunt, G. (2013). Mental health nurses' views of recovery within an acute setting. International Journal of Mental Health Nursing. 22, 205-212.

**Provenance de l'étude**

Australie

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre permet de saisir le problème car il comporte la population qui est les infirmiers, le phénomène d'intérêt qui est le point de vue sur le rétablissement et le contexte qui sont les services de soins aigus.
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé permet de comprendre les points clés de la recherche. Il met en avant les trois grands thèmes qui vont être abordés, qui sont : la perception du rétablissement, les approches humanistes congruentes et les réalités de la pratique. Il décrit aussi la méthode qui est d'effectuer des entretiens afin d'avoir l'avis de 21 infirmières santé mentale travaillant dans des services de courte durée.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Le phénomène est clairement énoncé ainsi que la réflexion qui a amené les chercheurs à vouloir approfondir ce phénomène. En effet, on peut voir dans l'introduction que les services ont souvent été critiqués pour ne pas fournir des soins centrés sur la personne. On peut voir que le rétablissement met alors l'accent sur la collaboration soignant-soigné et sur le bien-être des consommateurs. On peut voir émerger alors la réflexion des auteurs qui est de savoir comment appliquer ce concept.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène	X			Il y a plusieurs citations qui démontrent que les chercheurs sont allés chercher des connaissances sur le rétablissement. En effet, ils sont allés chercher dans différents écrits la vision que les auteurs peuvent avoir du rétablissement et de cette manière, ils peuvent justifier

	étudié ?				l'intérêt qu'ils portent à ce phénomène.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			Le concept de rétablissement y est défini, il est dit que le rétablissement signifie obtenir et conserver l'espoir, la compréhension des incapacités et des capacités, l'engagement dans la vie active, l'autonomie personnelle, l'identité sociale, le sens et le but dans la vie et un sentiment positif du soi.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			La question est énoncée, ils veulent connaître le point de vue des infirmiers sur le rétablissement ainsi que les objectifs qu'ils ont, qui sont : connaître la compréhension qu'ont les infirmiers en santé mentale du concept de rétablissement ainsi que leur expérience et point de vue, identifier concrètement ce que peuvent faire les infirmiers dans la pratique afin d'axer leurs soins sur le rétablissement et les lacunes actuelles sur la pratique en lien avec ce concept.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?				Elles découlent des connaissances que l'auteur a mis en avant dans l'introduction afin de montrer son cheminement. De plus les auteurs ont été chercher dans des études antérieures des connaissances afin d'amener les questions de recherche. Ils ont pu expliquer que des études ont mis en avant l'importance de l'attitude des infirmières dans les soins axés sur le rétablissement ainsi que d'avoir des soins continus pour un meilleur rétablissement.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Ils expliquent dans la méthode que c'est une méthode d'interprétation qualitative. Ils ont été fidèles aux méthodes utilisées pour recueillir les données et les analyser. Le temps passé sur le terrain est adéquat. Ils ont créé 13 questions afin de faire des entretiens semi-structurés. Les entretiens ont été menés en privé. Ils ont eu recours à une analyse thématique pour l'analyse des réponses. Ils ont ensuite étiqueté et classé les réponses afin de créer des catégories.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Il ont choisi d'interroger des infirmiers travaillant dans des services de soins de courte durée.

	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	X			Ils disent dans l'étude qu'ils ont arrêté les entretiens lorsque les données ont été saturées.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Ils ont développé 13 questions afin de faire des entretiens semi-structurés.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Le phénomène étudié est en adéquation avec la question de recherche et les 13 questions qui serviront pour l'entretien semi-structuré sont en lien avec le phénomène étudié. En effet, ils ont créé ces 13 questions après avoir examiné des travaux antérieurs touchant leur phénomène étudié.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			La procédure a été décrite : faire les entretiens puis les analyser conformément au principe de l'analyse thématique et pour finir les résultats seront catégorisés. Les résultats seront évalués par deux personnes afin de garantir l'authenticité. La confidentialité ainsi que l'anonymat des participants ont été respectés.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Ils ont approché à plusieurs reprises les services de santé mentale afin de recruter le maximum de participants et ont lu et relu les résultats des entretiens afin de ne perdre aucun résultat pouvant répondre à leur problématique.
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair*</b>	<b>Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques</b>
<b>Résultats</b> Traitement des données	-Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?			X	Ils ont seulement décrit dans la méthode la manière dont ils vont effectuer le triage des résultats mais cela reste superficiel.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire	X			Les résultats ont été catégorisés en trois parties : perception du rétablissement, humanisme, la réalité de la pratique. Ce qui permet au lecteur d'avoir une bonne compréhension des résultats.

	(commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les résultats sont discutés à l'aide de recherches antérieures.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?			X	Dans la discussion on peut sous-entendre que les résultats peuvent être généralisables dans certaines limites mais cela n'est pas clairement explicité.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				Les chercheurs ont décrit les limites de l'étude qui sont : entrevue réalisée que dans des services aigus, l'enquête a été brève et les questions étaient ouvertes donc des réponses complètes n'étaient pas disponibles
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les chercheurs ont décrit un point sur les conséquences sur la pratique infirmière et ont décrit les recherches futures dont nécessiterait la recherche sur cette thématique. Ils mettent en avant l'importance d'étudier les facilitateurs du rétablissement et d'évaluer des programmes d'éducation pour les soignants sur le rétablissement.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien structuré ce qui nous permet d'aller rechercher les informations souhaitées et permet une lecture facile.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés	X			Les résultats de l'étude nous offre des pistes pour la pratique ainsi que ce qu'il faudrait encore développer pour la pratique infirmière. Les pistes sont : la nécessité de remettre en question et de clarifier certaines valeurs du personnel soignant afin d'axer au mieux les soins sur le

	dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				rétablissement, créer des formations pour le personnel.
--	---	--	--	--	---

\*Peu Clair = Information incomplète. Explication : Dans le cadre d'une revue de littérature systématique, si l'information fournie dans l'article de recherche par leurs auteurs est incomplète / peu claire, les reviewers (chercheurs qui effectuent la revue de littérature) prennent contact avec les auteurs de la recherche en vue de clarifier les points manquants.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative**

**Article 4**

Siu, B. Ng, B. Li, V. Yeung, Y. Lee, Y. Leung, A. (2012), Mental health recovery for psychiatric inpatient services: perceived importance of the elements of recovery. *East Asian Arch psychiatrie*, 22, 39-48

**Provenance de l'étude**

Chine

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?			X	Le titre est peu clair car il n'y est pas décrit la population ou l'intervention. On y voit les résultats qui sont la perception des éléments important pour le rétablissement et on y voit le thème qui est le rétablissement en santé mentale pour les services de santé mentale.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Dans le résumé on décrit les objectifs qui est de mesurer l'importance perçue des éléments du rétablissement en santé mentale pour les patients hospitalisés, la méthode, les résultats et la conclusion.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Dans l'introduction, on peut y trouver le problème qui est expliqué. Ils disent qu'il est important de rattrapper les tendances mondiales en matière de rétablissement des soins de santé mentale, et qu'il est urgent de déterminer si les services locaux de santé mentale devraient s'axer sur le rétablissement et qu'il faut pour cela définir et évaluer la signification du rétablissement par rapport aux personnes atteintes de maladie mentale à Hong Kong. Et qu'il est pour cela important d'explorer et de savoir quels sont les éléments importants du rétablissement dans les services de santé mentale.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?		X		Les variables ne sont pas décrites dans l'introduction.



Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Ils définissent et décrivent le contexte émergent de ces différentes définitions du rétablissement. Ils définissent le rétablissement comme un voyage de guérison et de transformation permettant à une personne ayant un trouble mental de vivre une vie digne dans la communauté de son choix, tout en s'efforçant d'atteindre son plein potentiel. Ils expliquent que leur définition du rétablissement a émergé de différents organismes comme la commission américaine sur la santé mentale, le département américain de la santé et la National Health Service Trust Fondation.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			X	Ils ne décrivent pas vraiment les hypothèses mais expliquent juste que l'identification des éléments de rétablissement qui sont perçus comme les plus importants par les patients constituent comme un guide pour les fournisseurs de soins de santé à concevoir des programmes pour la mise en œuvre de services axés sur le rétablissement.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Ils expliquent vouloir connaître les éléments du rétablissement suite aux différentes définitions qu'ils ont recensées et au manque de connaissances qu'ils ont perçus.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			X	Le devis n'est pas cité dans la méthode mais dans la discussion où ils disent qu'il s'agissait d'une étude transversale. Mais l'on devine qu'il s'agit d'une étude transversale dans la manière dont la méthodologie a été faite.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Ils décrivent qu'il s'agit d'une population de 101 patients recrutés en moyen séjour et en réhabilitation. Qu'ils sont atteints de diverses pathologie dont 75% des schizophrènes, qu'ils ont entre 18 et 60 ans et qu'ils doivent avoir leur pleine capacité de discernement. Quant aux professionnels, il s'agit de professionnels travaillant dans le domaine de la santé mentale et ils devaient être bilingue (anglais-chinois).
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			La taille de l'échantillon était abordable et représentative par rapport au nombre total de patients hospitalisés et le taux de roulement des patients hospitalisés de cet établissement de santé mentale.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données	X			Ils expliquent qu'ils ont créé un consensus de 24 éléments suite à des analyses de divers documents, qu'ils ont nommé : éléments d'évaluation Version questionnaire-patient (REAQ-PV). La

	sont-ils décrits ?				réponse à chaque question a été donnée sur une échelle de Likert à 5 points sur l'importance des éléments du rétablissement en santé mentale des personnes atteintes de maladie mentale. Les patients ont également été évalués avec l'évaluation globale du fonctionnement (GAF) et la Qualité de Brief de vie (QOL BREF). Ils ont aussi mis en place un groupe de discussion de 36 patients afin de discuter des résultats du questionnaire.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?		x		Dans la méthode, on ne retrouve pas les variables à mesurer.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Ils expliquent les étapes de la procédure de recherche : recherche dans la littérature, création du questionnaire, répartition du questionnaire à 101 patients et professionnels, analyse des résultats, discussion des résultats avec les groupes de discussion.  L'autorisation de mener l'étude a été accordée par le Comité Ethique et de la recherche des nouveaux territoires Cluster Ouest.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Les données ont été analysées avec le logiciel de statistiques pour les sciences sociales, la version de Windows 17.0. Les statistiques descriptives ont été utilisées pour l'analyse des données socio-démographiques et cliniques des patients.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats ont été présentés à l'aide de plusieurs tableaux où les résultats sont notés en pourcentages.
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir	X			Les résultats ont été discutés à l'aide de recherches antérieures et comparées à un questionnaire similaire qui a été créé dans une étude canadienne.

théorie et des concepts	du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Il explique qu'il est difficile de généraliser les résultats car l'échantillon était composé de 75% de patients atteints de schizophrénie. Il aurait fallu un éventail plus grand de différentes pathologies et provenant de contextes différents
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Une des limites de cette étude était que dans les évaluations des comités d'experts et des discussions de groupe sur le REAQ-PV, pas de proches aidants des patients ont été impliqués. L'échantillon était de petite taille, et seul les patients hospitalisés en moyen séjour et dans les services de réadaptation ont été recrutés. L'échantillon a été également surreprésenté chez les patients atteints de schizophrénie.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Le REAQ-PV a été trouvé pour avoir des propriétés psychométriques satisfaisantes. Les informations recueillies par le REAQ-PV servent de base pour le développement futur des services axés sur le rétablissement en psychiatrie en milieu hospitalier dans cette localité. Il a semblé être particulièrement utile pendant les premiers stades de la mise en œuvre du modèle de rétablissement. Mais il faudrait faire une étude longitudinale auprès d'un échantillon plus large de patients dans différents contextes, à différents stades de la maladie mentale, avec des diagnostics psychiatriques. Cela permettrait une exploration plus poussée des propriétés psychométriques.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien structuré, ce qui nous permet de retrouver facilement les éléments dont nous avons besoin. Il manque cependant de clarté au niveau des hypothèses et variables.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière	X			Cela nous procure un exemple de questionnaire mettant en avant les éléments importants révélés par les patients, ce qui est important pour la pratique infirmière.

	ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				
--	---	--	--	--	--

\*Peu Clair = Information incomplète. Explication : Dans le cadre d'une revue de littérature systématique, si l'information fournie dans l'article de recherche par leurs auteurs est incomplète / peu claire, les reviewers (chercheurs qui effectuent la revue de littérature) prennent contact avec les auteurs de la recherche en vue de clarifier les points manquants.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche qualitative**

**Article 5**

Piat, M., Sabetti, J., Couture, A. (2009). What does recovery mean for me? Perspectives of Canadian mental health consumers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*.

**Provenance de l'étude**

Canada

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre permet de cibler le problème de recherche. La première partie écrite de façon interrogative soutend un questionnement sur le véritable sens du rétablissement et annonce peut être l'ébauche d'une définition commune à tous. La seconde nous indique la population (à savoir les utilisateurs de santé mentale au Canada) et que c'est leur avis et ressenti qui est mis au centre de l'étude et qui va aider à mettre en lumière les perspectives d'un tel concept.
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé a repris 4 parties essentielles à la compréhension de l'étude à savoir : l'objectif, la méthode, les résultats et la conclusion. Tous les 4 sont résumés de manière synthétique de façon à comprendre le fil conducteur de l'étude.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Les tensions et résistances que suscitent ce concept au sein des services de santé mentale au Canada apparaissent comme le problème central de l'étude. Les auteurs exposent également le dilemme entre les deux visions qu'ont les gens du rétablissement, la vision médicale, perçue en quelque sorte comme une rémission totale de la maladie et de ses symptômes et la vision plus philosophique, basée sur l'acceptation de la maladie et le fait de vivre avec les symptômes, de trouver un nouveau « moi ». C'est pourquoi l'étude va porter sur la perception du rétablissement chez les consommateurs pris en charge dans des

					services de santé mentale au Canada.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			La recension des écrits permet une vision large de ce qui a été fait et étudié sur le rétablissement. L'auteur commence par expliquer les origines du concept puis ses différentes significations. On peut relever notamment la notion d'empowerment, d'identité reformulée, du processus de rétablissement et du rétablissement clinique.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			L'orientation idéologique reprend les concepts abordés dans la case précédentes. Les différentes visions et significations du rétablissement vont aider les auteurs à élaborer un consensus entre ces différentes sources et l'avis/ressenti des consommateurs qu'ils interrogerons dans cette étude.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Les questions de recherche ne sont pas clairement écrites sous forme d'interrogation. Toutefois, le chapitre « objectives » précise très clairement le sujet de l'étude, ce qu'il veulent savoir et les questions qu'il se posent. Dans ce cas précis, les auteurs veulent connaître la signification du concept de rétablissement du point de vue des consommateurs, prestataires de soins, politiques... Ils ont pour cela mené des entretiens avec de nombreux consommateurs de santé mentale au Canada. Étant donné que très peu de recherches ont été faites au Canada sur le sujet, ils cherchent également la compréhension du concept qu'ont les auteurs ayant traité du sujet.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Les auteurs sont parti de l'état des connaissances actuelles sur le rétablissement avant de rebondir sur leur recherche. L'histoire du concept est mise en lumière ainsi que la recension de diverses sources provenant de divers auteurs et de diverses années.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain			X	Même s'il n'est pas décrit de façon claire, on devine un devis de recherche qualitatif. Les auteurs ont prévu des entretiens semi-structurés avec un total de 62 consommateurs provenant de trois sites différents du Canada.  La méthode pour recueillir les données semble pertinente. Les auteurs ont recruté les participants en suivant des critères validé par le comité de supervision et en invitant les potentiels participants à prendre contact avec l'équipe de recherche au moyen du numéro

	est-il en adéquation avec les devis de recherche ?			<p>de téléphone présent sur les affiches expliquant l'étude. Un chapitre de l'étude explique très précisément les modalités de participation à l'étude.</p> <p>L'étude a duré de décembre 2005 à février 2007. Un comité consultatif s'est réuni à trois reprises durant cette période. Nous pensons que le temps pris pour l'étude est en adéquation avec le type de recherche. La répartition du temps pour chaque étape de l'étude n'est pas décrite mais le temps passé pour réunir l'échantillon et la durée des entretiens (à savoir 45 min) nous semblent corrects.</p>
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X		<p>Un paragraphe est consacré à la description de l'échantillon et au mode de sélection. Au total, 113 personnes ont été contactées par l'équipe de recherche. Après affinage de l'échantillon, l'équipe de recherche a retenu 62 personnes réunissant tous les critères de sélection pour participer à l'étude. 2 d'entre eux n'y participeront finalement pas réduisant ainsi le nombre total de l'échantillon à 60 participants.</p> <p>Les entretiens semi-structurés se sont ensuite déroulés dans les bureaux des trois sites et duré environ 45 minutes. Ils ont été enregistrés et retranscrit mot par mot.</p>
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X	L'étude n'aborde pas l'aspect de saturation de résultats.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		Un guide d'entretien comprenant pas moins de 21 questions ouvertes a été élaboré par l'équipe de recherche. Il a été pré-testé sur 2 consommateurs, ce qui a permis d'apporter quelques modifications mineures. Celui-ci a ensuite reçu l'aval du comité d'éthique avant d'être utilisé dans la recherche.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X		La pertinence de ces trois composante est claire dans l'article. L'instrument, autant que l'échantillon correspondent parfaitement à la question de recherche, la cohérence est visible tout au long de la recherche.
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures</p>	X		Tout le processus est décrit dans l'article, en partant de l'élaboration des instruments jusqu'au déroulement des entretiens, l'équipe de recherche a à plusieurs reprises impliqué le comité d'éthique afin de valider l'aspect éthique de l'étude. De plus, les auteurs cherchent

	appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				à avoir une perspective plus claire de ce qu'est le rétablissement pour les consommateurs de santé mentale au Canada, ils ont donc regroupé la population adéquate pour comprendre ce phénomène et répondre à leur question de recherche. Le choix de l'instrument semble judicieux, un entretien semi-structuré comportant des questions ouvertes invite les consommateurs à décrire ce concept avec leurs propres mots et évite les réponses pré-établies qui pourraient fausser le déroulement de l'étude.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?			X	Le déroulement aurait pu être plus complet et précis. Toutefois, toutes les étapes de l'étude ont été passées en revue et résumées afin d'être rendues compréhensibles à tout public. Les chercheurs ont décrit avec beaucoup de précision les prémices de l'étude à savoir le mode de recherche des participants, la création des instruments et les considérations éthiques. En revanche, décrire le déroulement d'un entretien type aurait pu apporter une meilleure compréhension de la globalité de l'étude.
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Résultats Traitement des données	-Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Le chapitre « analyse » de l'étude nous décrit comment les chercheurs ont traité les données récoltées durant les entretiens. Cela s'est fait en trois étapes. Premièrement, toutes les entrevues ont été codées de façon indépendante par deux membres de l'équipe de recherche. Le coefficient d'objectivité était entre 80 et 90%. Deuxièmement, les chercheurs ont procédé à une réduction des données, des résumés ont été réalisés pour chaque entrevue sur chaque thème. Ces résumés donnent une reconstruction détaillée du discours de chaque personne en rapport au rétablissement. Troisièmement, ces résumés ont été comparés, contrastés et réécrits comme un seul résumé analytique.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux,	X			Les résultats sont présentés de façon claire. Des catégories permettent d'avoir une meilleure lecture et interprétation de ceux-ci. Des chiffres et pourcentages sont associés à chaque paragraphe et des extraits de témoignages viennent appuyer et illustrer la



	graphiques, etc.) ?				présentation des résultats. Les auteurs ont répartis les résultats en 8 grandes catégories : « le rétablissement en lien avec la maladie » « le rétablissement comme remède » « le rétablissement dépend des médicaments » « le rétablissement signifie de revenir à son ancien moi » « le rétablissement en lien avec le bien-être » « le rétablissement signifie « prendre sa vie en charge » » « le rétablissement signifie s'engager dans un processus » et finalement « le rétablissement représente un moyen d'évoluer vers un nouveau soi ». Chacune de ces catégories font référence à des commentaires de consommateurs qui sont ressortis durant l'entretien, d'ailleurs beaucoup d'extraits d'entretien sont cités pour appuyer la discussion des auteurs.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			L'histoire du concept et la partie théorique décrite au début de l'article ont permis de faire des liens avec les résultats actuels des entretiens analysés lors de cette étude. Les auteurs tirent en quelque sorte le parallèle entre la recension des écrits sur le sujet et les perceptions des consommateurs concernés.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Cet aspect est abordé dans les limites de l'étude. Comme dans toutes les recherches, l'échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble des consommateurs en santé mentale ce qui pose un réel problème pour la généralisation des résultats. Les aspects politiques, économiques et sociaux sont également cités comme variable à prendre en compte pour la généralisation des résultats.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les limites sont clairement expliquées à la suite de la discussion. Ils citent entre autre l'échantillon qui ne peut être généralisé ainsi que les aspects politiques, économiques et sociaux.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?			X	Ils l'abordent de façon indirecte. Orienter les services de santé mentale vers un concept de rétablissement impliquerait une remise en question totale des soignants. L'étude explique que les lignes directrices d'un tel concept doivent émerger des consommateurs pour être pleinement efficace. La vision des consommateurs concernant le rétablissement et le sens qu'à celui-ci pour eux est mis au centre de la présente étude. Toutefois, tout ceci n'est pas clairement formulé comme recommandation pour la pratique mais plutôt comme constat que les services de santé mentale peuvent prendre en compte ou ignorer.

<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est écrit avec un vocabulaire simple mais néanmoins scientifique. Le fil conducteur de l'étude est visible et une certaine chronologie est respectée. Les chapitres, résultats et hypothèses sont catégorisés ce qui facilite la lecture et la rend plus compréhensible. Les résultats ont été extrêmement bien détaillés et argumentés à l'aide de témoignages ressortis durant les entretiens, cela a apporté plus de poids à l'écrit des auteurs et permis au lecteur de « se mettre dans la peau du consommateur », de comprendre comment il ressent ses symptômes et comment il les traite.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats sont probants pour la pratique infirmière et la recherche. Ils nous éclairent sur le sens du rétablissement vu par les consommateurs provenant de trois régions socio-démographique différentes au Canada. Cela nous permet d'avoir une idée plus précise de ce que signifie le rétablissement et comment il doit être appliqué dans les services de santé mentale pour être utile aux consommateurs. Les limites de l'études nous éclairent sur ce qu'il reste encore à étudier sur ce concept et de possibles pistes pour de futures recherches.

\*Peu Clair = Information incomplète. Explication : Dans le cadre d'une revue de littérature systématique, si l'information fournie dans l'article de recherche par leurs auteurs est incomplète / peu claire, les reviewers (chercheurs qui effectuent la revue de littérature) prennent contact avec les auteurs de la recherche en vue de clarifier les points manquants.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche qualitative**

**Article 6**

Kaewprom, C., Curtis, J., Deane, F. P. (2011). Factors involved in recovery from schizophrenia: A qualitative study of Thai mental health nurses. *Nursing and Health Sciences*.

**Provenance de l'étude**

Thaïlande

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre permet tout à fait la compréhension du sujet de recherche. Il est séparé en deux parties. La première « Factors involved in a recovery from schizophrenia » nous indique la thématique de l'étude, à savoir les facteurs impliqués dans le rétablissement des patients atteints de schizophrénie. La seconde « a qualitative study of Thai mental health nurses » nous apporte plus de précision quand à l'échantillon sélectionné pour l'étude, à savoir les infirmières Thaïlandaises en santé mentale mais également sur le type d'étude à savoir une recherche qualitative. Nous comprenons aussi que l'étude se déroule dans des services de santé mentale en Thaïlande.
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé comprend une introduction expliquant le contexte d'émergence de l'étude, le but poursuivi par l'étude, des explications sur la méthode utilisée, et un descriptif du contexte (lieux, échantillon...). Le résumé est écrit de façon claire et cohérente, il suit un fil rouge.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Le phénomène étudié est clair, Ils cherchent dans cette étude à connaître le point de vue des infirmières thaïlandaises sur ce concept émergent qu'est le rétablissement et son implication dans la pratique.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le	X			L'état des connaissances est exposé, de même que le contexte d'émergence. Les chercheurs se sont penchés sur les écrits déjà existants ainsi que sur les éléments qui pourraient, selon

	problème ou phénomène étudié ?				certain auteurs, contribuer ou nuire à la pratique du rétablissement.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			Les points clés du cadre conceptuel sont présents à savoir la pathologie de la schizophrénie, le concept de rétablissement, les politiques de santé Thaïlandaise. Le contexte de la santé mentale en Thaïlande est exposé ainsi que les représentations des patients schizophréniques dans ce pays. (« En Thaïlande, une étude qualitative par Sanseeha et al. (2009) a rapporté que la schizophrénie a été considérée comme une maladie chronique et incurable. Les personnes qui ont été diagnostiquées avec la schizophrénie sont donc stigmatisées et discriminées dans la société. »)
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			La question est d'explorer la vision des infirmières thaïlandaises sur le rétablissement dans la schizophrénie en englobant les caractéristiques et significations du rétablissement, les facteurs impliqués et les pratiques de soins actuelles favorisant le rétablissement.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Oui, ils partent du constat alarmant que les patients atteints de schizophrénie soient stigmatisés dans la société et que l'environnement social et le soutien autour de ces personnes sont un facteur primordial lors d'un rétablissement personnel. La recension des écrits a permis d'établir une base théorique. La présente étude permettra une meilleure vision du rétablissement chez les infirmières en santé mentale et les implications possibles dans la pratique. De plus, l'étude touche une population directement concernée par ce phénomène, à savoir les infirmières en santé mentale, qui sont un rouage important de la prise en charge de patients atteints de schizophrénie.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? -Les temps passés sur le terrain sont-ils en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Le devis de recherche est énoncé dans le titre de l'article. Il s'agit d'un devis qualitatif, se basant sur des entretiens semi-structurés avec 24 infirmières thaïlandaises en santé mentale. Les informations ont ensuite été analysées selon une méthode d'analyse thématique suggérée par deux auteurs.  La méthode de récolte de données (entretiens semi-structurés) est une méthode courante pour des recherches qualitatives, le nombre de participants nous semble correct.  Bien que la méthode de récolte de données soit expliquée, on ne connaît pas la durée exacte

					de l'étude, cette précision ne figure pas dans la recherche.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			L'échantillonnage a été composé d'infirmières provenant de deux hôpitaux généraux et un hôpital en santé mentale thaïlandais. Celles-ci devaient impérativement avoir dispensé des soins à des patients atteints de schizophrénie pendant au moins un an.  L'échantillon se composait de 24 infirmiers/ères (nous utiliserons le féminin au cours de l'étude) comprenant 19 femmes et 5 hommes, tous âgés de 26 à 56 ans. Les années d'expériences allaient de 3 à 27 ans. Tous les participants avaient terminé un baccalauréat en sciences infirmières. Parmi l'échantillon, 13 infirmières étaient cliniciennes en santé mentale et 15 autres avaient terminé un programme de formation de 4 mois en psychiatrie avancée. 7 d'entre elles, avaient terminé à la fois un master et le programme de formation avancée.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X		Aucuns éléments dans l'étude ne permet de répondre à cette question.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Des entretiens semi-structurés durant environ 60 minutes ont été préparés. Ils se sont déroulés dans des salles privées des hôpitaux concernés. Les quatre questions suivantes ont été utilisées comme base pour les interviews: (i) Qu'est-ce que le rétablissement dans la schizophrénie signifie pour vous? (ii) Qu'est-ce que vous considérez être les caractéristiques du rétablissement dans la schizophrénie? (iii) Quels facteurs facilitent le rétablissement dans la schizophrénie? et (iv) Quels sont les obstacles au rétablissement dans la schizophrénie? Toutes les entrevues ont été enregistrées sur bande audio pour faciliter le processus de transcription des données.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Oui la pertinence est claire. Les auteurs veulent connaître le point de vue des infirmières en santé mentale sur le rétablissement et les impacts qu'elles imaginent dans la pratique. La collecte de données est donc cohérente par rapport aux questions de recherches et au phénomène étudié.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures	X			La procédure de recherche est décrite. Le « recrutement » des participants s'est fait dans deux hôpitaux de santé mentale en Thaïlande. Le mode de sélection des participants dépendait de

	appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				<p>certaines conditions.</p> <p>Un comité des droits de l'éthique de la recherche de l'Université de Wollongong, en Australie a approuvé l'étude. De plus, les comités d'éthique de deux hôpitaux locaux en Thaïlande, où les données ont été recueillies ont également donné leur approbation.</p> <p>Un formulaire de consentement éclairé à été obtenu de chacun des participants. Les données ont été traitées de manière anonyme et des pseudos ont été utilisés en cas de citations dans l'étude.</p>
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			<p>Les chercheurs ont bien étayer le déroulement de l'étude. La conception est correctement décrite. La méthode d'échantillonnage, la description des participants et l'analyse des résultats sont bien étoffés. Toutefois, ils relèvent dans la description de l'échantillon l'expérience de chaque infirmière (niveau d'études, spécialisations...) comme si cela entraînait en ligne de compte comme variable à l'étude sans pour autant faire de distinctions dans l'analyse des résultats. On ne saurait donc dire si cette variable a eu un impact quelconque sur l'étude ou ses résultats.</p>
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair*</b>	<b>Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques</b>
<b>Résultats</b> Traitement des données	-Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			<p>Il y avait deux principaux processus d'analyse des données. Le premier était la transcription de l'entrevue enregistrée textuellement. Ensuite, chaque transcription a été traduite du thaïlandais en anglais. La transcription anglaise a été nécessaire afin d'utiliser NVivo 8, le logiciel qui a été utilisé pour appuyer l'analyse de données (QSR international, 2008).</p> <p>Le second processus a impliqué une analyse thématique, telle que décrite par Braun et Clarke (2006). Il comprenait la familiarisation avec les données, générant des codes initiaux, rassemblant les codes des thèmes potentiels, en vérifiant la relation entre les codes, les extraits de données, des thèmes, de raffinement et de nommer les thèmes. Tout au long du processus de génération des codes et des thèmes, la discussion a été menée parmi les chercheurs à contribuer à confirmer et affiner les codes, les thèmes et les relations entre les codes et les thèmes pour assurer leur exactitude.</p>

Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés de manière claire et structurée. Les chercheurs ont créé quatre catégories qui se complètent pour l'analyse des résultats. Ils y décrivent dans un premier temps les facilitateurs personnels et environnementaux pour aborder ensuite les obstacles personnels et environnementaux. Cette catégorisation est judicieuse car elle permet en quelque sorte de peser les pour et contre de chaque domaine (personnel ou environnemental). De plus, les écrits ont été corroborés par des extraits d'entretiens.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			La discussion reprend les résultats de l'étude, avec les constats qui en sont ressortis. Ceux-ci ont été ensuite mis en lien avec les recherches antérieures et la base de la recension des écrits.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			La discussion de cette recherche met énormément en avant l'aspect d'espoir comme étant bénéfique pour un rétablissement optimal et incite les services de santé mentale à l'intégrer dans leur prise en charge. Les auteurs parlent également de la coordination des services de santé mentale qui doivent être améliorés sans pour autant pousser la réflexion trop loin.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les limites de l'étude sont essentiellement liées à l'échantillonnage qui se compose de seulement 24 infirmières ne peut être généralisé. De plus, les données provenaient que de 3 hôpitaux en Thaïlande dont un seul orienté vers la santé mentale.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les auteurs pensent que la promotion du rétablissement personnel à d'autres niveaux de service semble être limitée. Ils suggèrent que les politiques, les procédures, les ressources et les lignes directrices qui servent les pratiques axées sur le rétablissement devraient être partagées entre les différents services. Ceci aidera les personnes dans la communauté à maintenir leur progrès clinique et leur rétablissement personnel.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article dans l'ensemble est bien écrit. Il est structuré de façon à rendre la lecture compréhensible et cohérente, la ligne directrice du projet est bien visible. Les différentes parties (méthode, résultats, discussion) sont correctement catégorisées et permettent une analyse critique assez précise de cette recherche.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des	X			L'étude nous apporte la vision d'infirmières thaïlandaises sur la notion de rétablissement, sa

	résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				signification et sa possible implantation dans la pratique. Les pistes d'actions qui ont émergées des résultats peuvent servir à la pratique infirmière, il faut toutefois faire attention à repsecter le cadre juridique, politique et social des différents milieux où il porrait être utilisé.
--	---	--	--	--	---

\*Peu Clair = Information incomplète. Explication : Dans le cadre d'une revue de littérature systématique, si l'information fournie dans l'article de recherche par leurs auteurs est incomplète / peu claire, les reviewers (chercheurs qui effectuent la revue de littérature) prennent contact avec les auteurs de la recherche en vue de clarifier les points manquants.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.



**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche qualitative**

**Article 7**

Marshall, S. L., Oades, L. G., Crowe, T. P. (2010). Australian Mental Health Consumers' Contributions to the Evaluation and Improvement of recovery-oriented Service Provision. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. Vol 47. N° 3.

**Provenance de l'étude**

Australie

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre permet de saisir le problème de recherche. On nous éclaire quand à la population, à savoir les consommateurs australiens en santé mentale. Puis on nous indique le sujet de l'étude à savoir leurs contribution à l'évaluation et l'amélioration des prestations de services d'un service orienté vers le rétablissement.
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé regroupe les différentes parties de l'étude. Le contexte, la méthode, les résultats, les limitations et la conclusion y sont décrit.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			L'introduction est très détaillée, la base des connaissances sur le rétablissement y sont décrites ainsi que le programme de formation de rétablissement collaboratif (CRM) dans son intégralité.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			On nous explique les bases théoriques du concept de rétablissement en mettant en lien ses différents aspects et composantes avec le CRM utilisé pour l'étude. Le phénomène étudié dans cette étude est l'efficacité du CRM, pour cela, il a semblé importants aux auteurs d'expliquer en quoi le CRM est un programme pro-rétablissement et quels aspect de celui il reprend dans son programme. Par exemple, on explique que la formation en CRM défend la spécificité de l'expérience vécue et l'appropriation du processus de rétablissement par le

					consommateur, tout en reconnaissant que d'autres personnes, y compris le personnel de santé mentale, peuvent soutenir le processus de rétablissement des individus. On cherche donc dans cette étude à améliorer la qualité des prestations de services à travers l'avis et la contribution des consommateurs en santé mentale qui sont en quelque sorte les premiers concernés.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			Le cadre conceptuel de cette étude est le programme CRM axé sur le rétablissement. Le programme de formation pour le personnel de la santé mentale collaboratif (CRM) est un exemple d'une première tentative de convertir une vision de rétablissement pour les services de santé mentale dans les principes et les pratiques spécifiques. Ce modèle a été développé en vue de réunir la pratique fondée sur des preuves et est compatible avec le mouvement de rétablissement. Le développement du programme de formation CRM s'appuie sur les données existantes dans la littérature sur le rétablissement, en particulier sur des concepts tels que « faciliter l'espoir », « l'autonomie de soutien » et « la propriété de but subjective ». Le CRM se compose de deux principes directeurs: 1) le rétablissement comme un processus individuel et 2) la collaboration et l'autonomie de soutien. Il dispose également de quatre éléments pratiques: 1) Changement-amélioration 2) la collaboration et identification des besoins, 3) buts collaboratifs de l'établissement et l'effort, et 4) s'efforcer à la tâche collaborative et à la surveillance. Ces deux principes et les quatre composantes forment les six modules de formation dispensés au personnel dans le cadre du programme de formation de rétablissement collaboratif. La formation initiale a eu lieu dans un atelier de deux jours, suivie de deux séances de rappel d'une journée 6 et 12 mois après la formation initiale.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Oui, les auteurs cherchent à améliorer le CRM au sein des services de santé mentale grâce à la contribution des consommateurs en santé mentale.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			L'état des connaissances est décrit dans l'introduction ainsi que les composantes du programme CRM dans son intégralité. La lecture de l'introduction nous permet de comprendre les bases théoriques du programme CRM et comment il est appliqué à la pratique. Les questions de recherche poussent plus loin la réflexion quant à l'efficacité de

					ce programme et découlent donc de l'état des connaissances.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			<p>L'étude semble d'ordre qualitative. Elle se base en effet sur des focus group transcrits mot à mot et analysés par la suite ce qui correspond à la méthode d'un devis qualitatif.</p> <p>Les auteurs ont organisé des focus groups pour récolter leurs données. Les groupes de discussion ont débuté par un bref aperçu du CRM et l'accent a été mis sur les sujets abordés lors de la formation du personnel. Les animateurs ont soulevé des conclusions pertinentes pour la discussion en mettant l'accent sur les aspects inutiles, les sujets de préoccupation et des suggestions pour l'amélioration des pratiques. Le point de départ de cette discussion a été élaboré à partir des conclusions clés de deux études antérieures.</p> <p>Des réunions de groupe ont eu lieu en Juillet et Août 2007. La première réunion a eu lieu dans le Queensland, en Australie et a été suivi par sept consommateurs. Le deuxième groupe a eu lieu en Nouvelle-Galles du Sud, en Australie et a été suivie par 11 personnes. Les réunions de groupe duraient environ 2,5 heures, y compris une pause de rafraîchissement de 30 minutes.</p>
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			<p>Tous les consommateurs de l'étude étaient des participants à une étude plus vaste, l'initiative de santé mentale australienne chargé d'intégrer le flux de soutien fort (AIMHI HSS) qui a impliqué l'évaluation de l'impact du CRM sur le rétablissement des adultes souffrant de troubles mentaux chroniques et récurrents au moyen d'une étude multisites dans quatre établissements publics et de cinq organisations non gouvernementales au sein de la Nouvelle-Galles du Sud, Queensland et de Victoria, en Australie.</p> <p>Dix-huit consommateurs de New South Wales et Queensland, en Australie ont participé à cette étude. Les participants assistaient à un service public de la santé mentale dans le Queensland régional ou un site régional ou rural d'une organisation non gouvernementale en Nouvelle-Galles du SUD ou Queensland, en Australie. Onze (61%) des participants étaient des femmes et sept (39%) étaient de sexe masculin. Les participants avaient un âge moyen de 38 ans, comparable à l'échantillon plus large de participants au projet HSS</p>

				AIMHI. Les informations de diagnostic ont été recueillies auprès des cliniciens qui indiquent que 50% de l'échantillon répondaient aux critères diagnostiques de la schizophrénie.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X	Nous n'avons pas d'éléments à ce sujet.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		Des protocoles structurés de focus group ont été élaborés, y compris un protocole d'animateurs de groupe définissant les domaines clés afin de discuter avec les participants des groupes de discussion et des diapositives PowerPoint pour soutenir et compléter la présentation / discussion verbale. Les participants ont également reçu un document d'une page résumant les principales conclusions de deux études antérieures menées auprès des consommateurs évaluant le CRM et un diagramme de CRM pour référence pendant les réunions.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X		Les auteurs cherchaient à impliquer les consommateurs en santé mentale dans l'amélioration du programme de rétablissement (CRM) dans les services. Les instruments de collecte de données sont donc pertinents, les focus groups sont tout à fait indiqués pour ce type de question de recherche car ils permettent un échange entre les différents intervenants et l'espace nécessaire aux consommateurs pour exposer leurs idées.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		La procédure de recherche est décrite dans son intégralité le programme de rétablissement (CRM) testé dans cette étude fait partie d'un plus grand projet d'ampleur nationale (comme décrit plus haut). Les différents participants ont été sélectionnés en respectant des critères d'inclusion et d'exclusion. Les critères d'inclusion pour les consommateurs comprenaient un diagnostic de schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble bipolaire ou un trouble dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques d'au moins une durée de six mois et des besoins de soutien élevés. Les personnes atteintes de démence, de retard mental sévère ou d'une lésion cérébrale ont été exclues. Les participants ont ensuite participé à des groupes de discussions ou les animateurs posaient des questions ciblées sur le CRM et les améliorations possibles que les consommateurs imaginent. Les focus groups ont été enregistrés puis transcrits mot à mot. Finalement une analyse thématique des données a permis d'identifier les thèmes clés.

					Les participants ont reçu des informations détaillées sur cette étude et ont été obligés de signer un consentement formel, approuvé par les comités d'éthique.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Le déroulement de l'étude a suffisamment été étayé. Les conclusions sont donc aisément transférables à des services utilisant le même type de programme pro-rétablissement que le CRM. Pour les autres, les bases théoriques du CRM ainsi que les contributions des consommateurs peuvent constituer une aide non négligeable à d'autres services qui cherchent également à implanter le rétablissement.
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair*</b>	<b>Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques</b>
<b>Résultats</b> Traitement des données	-Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Les focus groups ont été enregistrés et transcrits mot à mot. L'analyse thématique a été effectuée et les thèmes clés obtenus à partir des données des groupes de discussion ont été identifiés en utilisant les étapes suivantes: 1) la familiarisation avec les données des groupes de discussion ont été obtenues par de nombreuses lectures et relectures des transcriptions 2) les transcriptions des groupes de discussion ont été examinées tour à tour. Les réponses des membres du groupe aux domaines définis dans le calendrier du groupe de discussion ont été localisées dans les transcriptions. Ces thèmes ont été résumés par souci de commodité. Les citations d'exemple ont été également localisées et incluses 3) Les transcriptions ont été vérifiées pour toute autre information pertinente qui est tombée en dehors des zones de discussion identifiées sur le calendrier de groupe de discussion, mais qui restaient pertinentes pour l'amélioration de la CRM et la formation du personnel associé et 4) les résumés à l'intention des deux groupes de discussion ont ensuite été recoupées pour comparer si les résultats étaient similaires pour les réunions tenues dans le New South Wales et Queensland, en Australie.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés en sept catégories qui identifient les sept principales préoccupations identifiées par les consommateurs, des exemples de citations pertinentes, des avenues possibles d'amélioration et un aperçu des implications plus larges pour la pratique axée sur le rétablissement et la prestation des services de santé mentale. Ces catégories sont :

					<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'équivalent de la formation CRM devrait être développé pour les consommateurs.</li> <li>2. L'accent devrait être mis sur la transmission précise du message de rétablissement aux consommateurs. Par exemple par le biais d'une meilleure formation du personnel et/ou de groupe de pairs pour augmenter la sensibilisation des idées concernant le rétablissement.</li> <li>3. D'autres interventions devraient être élaborées et offertes pour résoudre les difficultés en ce qui concerne le transfert de la formation CRM dans la pratique des services de santé mentale.</li> <li>4. Les consommateurs devraient être encouragés avec des options pour exprimer leurs vision et objectifs de rétablissement en utilisant des moyens alternatifs tels que des dessins, des photographies et des images.</li> <li>5. Les feuilles de but et devoirs doivent être incorporés ensemble dans un format de type « livre » qui est détenu et peut être personnalisé par le consommateur en santé mentale.</li> <li>6. Le personnel doit discuter de l'exacerbation de la maladie mentale comme un obstacle possible à l'objectif en s'efforçant de négocier un plan individuel sur la façon de procéder, dans le cas où cela se produit. Cela peut aider à l'autonomisation des consommateurs et aider à apaiser les inquiétudes possibles.</li> <li>7. Certains consommateurs peuvent voir les termes de « devoirs » et « vision de rétablissement » comme inapproprié. Le personnel doit aider les individus à identifier le langage qui donnera une signification personnelle / appropriée.</li> </ol>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Oui, les résultats sont discutés directement dans les différentes catégories de résultats et se réfèrent au programme de CRM décrit et développé tout au long de l'étude. Des références aux recherches antérieures sont présentes dans la discussion mais les résultats sont essentiellement mis en lien avec le CRM.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?			X	Cet aspect est abordé dans le chapitre des limitations. Il est expliqué que les résultats de cette étude sont utiles essentiellement au programme national HSS AIMHI, on ne mentionne pas spécifiquement la question de généralisation des résultats.

	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les limites de l'étude sont clairement exposés. Dans cette étude la taille de l'échantillon semble être la plus grosse limite, cet échantillon n'étant pas assez large pour être représentatif de la population de consommateurs en santé mentale. Une deuxième limite fait référence à la méthode d'échantillonnage. Les participants sont tous des anciens participant à l'étude HSS AIMHI et qui ont abandonné celle-ci. Un suivi aurait du être fait suite à ces départs pour expliquer les raisons de celui-ci.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?			X	Ces aspects sont repris dans les résultats, et les conclusions. Toutefois, les résultats de cette étude apportent beaucoup d'éléments de compréhension au programme national HSS AIMHI et au programme du CRM. Les chercheurs abordent l'impact sur la pratique des services utilisant le CRM, mais cela peut s'avérer intéressant car les résultats permettent une conceptualisation/exemple d'un service de santé mentale travaillant avec le concept de rétablissement.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est écrit avec un vocabulaire scientifique et adapté. Les résultats sont fractionnés et exposés de manière claire et structurée, se référant toujours à une catégorie bien distincte. La conclusion rend compte clairement des limites de l'étude et des objectifs atteints à travers cette recherche.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			L'étude procure des résultats probants pour la recherche car on peut à travers cette étude, se rendre compte de comment fonctionne un service axé sur le rétablissement et le niveau de contribution des consommateurs dans l'élaboration du programme visant à ré-orienter les services vers le rétablissement. Les différents services de santé mentale peuvent à travers cette étude prendre la mesure d'un programme de rétablissement tel qu'il est appliqué dans d'autres services et se faire une idée quant à l'importance d'intégrer les consommateurs dans le processus de ré-orientation des services.

\*Peu Clair = Information incomplète. Explication : Dans le cadre d'une revue de littérature systématique, si l'information fournie dans l'article de recherche par leurs auteurs est incomplète / peu claire, les reviewers (chercheurs qui effectuent la revue de littérature) prennent contact avec les auteurs de la recherche en vue de clarifier les points manquants.

Références bibliographique : Loisel, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative**

**Article 8**

Wilrycx, G. K. M. L., Croon, M. A., Van den Broek, A. H. S., Van Nieuwenhuizen, C. (2012). Mental health recovery: Evaluation of a recovery-oriented training program. *The Scientific World Journal*.

**Provenance de l'étude**

Pays-bas

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?			X	Dans le titre, on ne sait pas la population, et la comparaison. Par contre ils disent le résultat qui est une évaluation de la formation axée sur le rétablissement et le thème qui est le rétablissement en santé mentale.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Dans le résumé sont décrits l'objectif qui est d'examiner l'efficacité d'un programme de formation axé sur le rétablissement des connaissances et attitudes des professionnels des soins de santé mentale vers le rétablissement, la méthode qui est de donner une formation en deux sessions sur les connaissances du rétablissement ainsi que les attitudes des soignants, les résultats montrent l'efficacité des programmes de formation. En effet, les soignants ont des attitudes plus positives. La conclusion met en avant l'importance d'un programme de formation.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Dans l'introduction on peut voir le problème qui est que pour la mise en œuvre réussie d'un système de rétablissement, les professionnels des soins en santé mentale ont besoin de changer ou adapter leurs attitudes à l'égard de cette nouvelle vision de la guérison. Et aussi de connaître l'efficacité d'un programme de formation axé sur le rétablissement mis en place aux Pays-Bas. Pour explorer les changements dans les connaissances et les attitudes des professionnels des soins de santé mentale.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Ils expliquent les variables qui sont les connaissances et les attitudes des professionnels en lien avec ce concept. En effet, les professionnels doivent être soutenant, encourageant et travailler dans un partenariat respectueux avec les patients.



Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Le concept du rétablissement est défini comme étant un voyage de guérison et de transformation permettant à une personne ayant un problème de santé mentale de mener une vie pleine de sens au delà des limites que lui imposent la maladie, dans une communauté de son choix tout en s'efforçant d'atteindre son plein potentiel.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			L'hypothèse est que les professionnels qui ont à assimiler une nouvelle vision du rétablissement dans leur pratique doivent maîtriser un ensemble de compétences de base. Ces compétences comprennent la communication efficace, l'espoir encourageant approprié, révélation de soi, et un partenariat respectueux mutuel dans le traitement. Travailler en partenariat, identifier les besoins individuels, les forces, et la prise de risques sont également des fonctionnalités qui renforcent une nouvelle façon de travailler avec des personnes atteintes de maladies mentales graves et qu'il faut confirmer ou infirmer cette hypothèse à l'aide de données empiriques.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			C'est suite aux connaissances décrites sur le concept du rétablissement et du rôle des soignants qu'ils arrivent à cette hypothèse.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			On trouve le devis dans le résumé sous le point méthode. Il s'agit d'une étude longitudinale quantitative.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			L'échantillon est suffisamment détaillé, ils expliquent qu'il s'agit de 210 professionnels qui ont accepté de participer: leur âge moyen était de 43,3 (20-60) ans et 74% étaient des femmes. Leur durée moyenne de l'emploi dans le secteur de la santé mentale était de 13,2 ans et leur durée moyenne d'expérience traitant spécifiquement des troubles psychiatriques à long terme était de 11,3 ans. L'échantillon de professionnels composé de psychiatres, psychologues, infirmiers psychiatriques, aides-soignants et autres professionnels en contact étroit avec les clients. Deux sous-échantillons ont été formés constitués chacun de neuf groupes de 10 à 16 ans, choisis au hasard.

	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			La taille de l'échantillon est adéquate car elle recouvre la plupart des professionnels ayant des contacts étroit avec les personnes vivant le rétablissement.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Dans cette étude, les versions néerlandaises de l'inventaire de connaissances de rétablissement (RKI) et le questionnaire sur les comportements de rétablissement (RAQ) ont été utilisées. Les deux instruments sont des questionnaires d'autoévaluation pour les professionnels.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Les variables à mesurées sont décrites et opérationnelles, il s'agit d'évaluer les connaissances générales des professionnels sur le rétablissement et d'évaluer les sentiments et les attitudes des professionnels vers le rétablissement.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			La procédure a été décrite : ils ont d'abord demandé aux professionnels de la santé mentale s'ils voulaient participer à un programme éducatif sur le rétablissement puis ils ont informé les dirigeants et distribué des dépliants d'informations aux participants. Ils ont demandé le consentement libre et éclairé avant l'étude. Ce programme a été élaboré par trois organismes de soins en santé mentale. Le programme sera donné en deux sessions et 18 groupes ont été fait et ont été choisis au hasard. Le premier module «Notions de base de récupération et axé sur le rétablissement des soins» (intervention A) a été donné dans la première moitié de 2008. Le second module (intervention B) a été donné au printemps et à l'été 2009. Ce séminaire a été axé sur l'attitude envers le rétablissement et la façon dont les professionnels sont capables de stimuler et faciliter le rétablissement chez le client.  Au niveau de l'éthique, le Comité d'approbation de l'éthique médicale régionale pour les établissements de soins en santé mentale (METIGG) a été approché. Selon la Loi impliquant des sujets humains (OMM) recherche médicale, l'approbation éthique n'était pas nécessaire.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?			X	Des statistiques ont été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses, dans la recherche ils expliquent ces statistiques de cette manière là: La première hypothèse, qui est de savoir s'il n'y a pas de différences systématiques entre les moyennes des deux sous-échantillons, abouti à l'épreuve conjointe des trois sous-hypothèses, $\mu O1 = \mu O2$ , $\mu A1 = \mu A2$ et $\mu B1 = \mu B2$ . Lorsque cette première hypothèse ne peut être écartée, le nombre de moyens à estimer est encore réduites et seulement trois moyens différents doivent encore être estimé (deuxième hypothèse): $\mu O$ représentant la moyenne avant toute intervention, $\mu A$ représentant la moyenne après la mise

					<p>en A, mais avant de mettre B et enfin <math>\mu_B</math> représentant la moyenne après la mise en œuvre B. Cette deuxième hypothèse teste la sous-hypothèse suivante: si l'intervention A a un effet, c'est <math>\mu_A = \mu_O</math>, si l'intervention B a un effet qui est, <math>\mu_B = \mu_O</math>, et , si les effets de B et A sont égales, cela donne <math>\mu_B = \mu_A</math>. Dans le modèle, les effets de l'intervention A et B sont estimés par les différences <math>\mu_A - \mu_O</math> et <math>\mu_B - \mu_O</math>, respectivement.</p> <p>Même si les statistiques sont décrites, cela reste difficile à comprendre.</p>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Les résultats de chacun des instruments de mesure sont présentés : le RKI et le RAQ. après l'évaluation selon ces deux instruments, on peut voir qu'il y a des effets positifs. En effet, les changements dans les connaissances et les attitudes des professionnels des soins de santé mentale vers le rétablissement de patients souffrant de troubles mentaux. Les résultats suggèrent que sur la durée totale du programme de formation, les changements prévus ont été retrouvés dans les attitudes envers le rétablissement. Malgré tout, il y a eu moins d'effet positif suite à l'intervention B, cela peut-être dû au fait que les professionnels n'étaient pas préparés à changer de comportement et aussi du au manque de répétitions des connaissances sur le rétablissement lors de l'intervention A.</p>
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les résultats de l'intervention A et B sont discutés à l'aide de recherches antérieures et de connaissances théoriques sur d'autres programmes de formation.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Les auteurs ne parlent pas de la généralisation dans l'étude.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			L'effet à long terme d'une intervention n'a pas été exploré, ils ont exploré l'effet de deux interventions sur une période de deux ans. Le temps d'étude fait qu'il est difficile de maintenir la motivation des participants.

Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?			X	Ils expliquent juste que la présente étude démontre qu'un programme de formation peut-être positif pour la pratique afin de développer les connaissances et les attitudes vers le rétablissement.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			La structure de l'article est claire et les points importants sont séparés et nommés, ce qui nous permet de retrouver vite les informations recherchées.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats positifs que met en avant cette étude sont à prendre en compte pour la pratique infirmière. Cela montre qu'il sera peut-être important de mettre des programmes de formation sur le rétablissement dans les différents services axés sur ce concept.

\*Peu Clair = Information incomplète. Explication : Dans le cadre d'une revue de littérature systématique, si l'information fournie dans l'article de recherche par leurs auteurs est incomplète / peu claire, les reviewers (chercheurs qui effectuent la revue de littérature) prennent contact avec les auteurs de la recherche en vue de clarifier les points manquants.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche qualitative**

**Article 9**

Whitley, R., Gingerich, S., Lutz, W. J., Mueser, K. T. (2009). Implementing the illness management and recovery program in community mental health settings: facilitators and barriers. *Psychiatric Services*. Volume 60. N°2.

**Provenance de l'étude**

Etats-Unis

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre permet de saisir le problème de recherche. « Implementing the Illness Management and Recovery Program in Community Mental Health Settings » sous entends que les auteurs cherchent à comprendre ou implanter la gestion des troubles mentaux et le programme de rétablissement au sein de la communauté de santé mentale. La deuxième partie « Facilitators and Barriers » nous laisse à penser qu'ils ont testé les facilitateurs et barrières à cette implantation du rétablissement dans les services.
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			L'objectif de la recherche, la méthode, les résultats ainsi que la conclusion sont clairement expliqués dans le résumé.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Oui, on parle dans l'introduction, des bienfaits du rétablissement et de la gestion de la maladie. On aborde aussi l'importance pour le consommateur de pouvoir reconnaître ses propres symptômes et agir en conséquence. Cette recherche va donc plus loin dans l'étude du concept de rétablissement en passant directement à la pratique. 12 sites ont reçu « une trousse » de mise en œuvre de la gestion de la maladie et du programme de rétablissement. Les chercheurs ont ensuite tenté de comprendre quels étaient les facilitateurs et les barrières à l'implantation de

					ce programme dans les services de santé mentale.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Les auteurs exposent les études ayant déjà porté sur le sujet. Les études sur le concept de rétablissement semblent très avancées aux Etats-unis. Ils expliquent les connaissances actuelles sur ce concept.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			L'orientation idéologique et le cadre théorique se base sur le potentiel d'un programme de rétablissement dans les services de santé mentale.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Oui la question de recherche principale est de déterminer quels sont les facilitateurs et obstacles à l'implantation dans les services du programme de rétablissement ainsi que de la gestion de la maladie.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Comme énoncé précédemment, on sent une continuité dans la chronologie des auteurs. Ils ont fait l'état des connaissances sur le rétablissement aux Etats-Unis et préparé un programme d'implantation pour la pratique qu'ils pourront tester. De plus cette étude découle d'un projet national visant à implanter ce genre de programme dans les services de santé mentale.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			On devine un devis de recherche qualitatif, l'étude étant basée essentiellement sur l'observation par un moniteur de mise en œuvre et des entretiens ponctuels avec les différents participants de l'étude.  Les méthodes utilisées sont correctes. Chaque site a reçu une « trousse » d'application du programme ainsi que des instructions claires et des dates pour leur mise en place. Des entretiens réguliers (tous les 6 mois) avec le consultant formateur ont permis de mettre en lumière les forces et faiblesses de chaque service à la mise en application du programme. Les directeurs d'agence et directeurs de services cliniques ont également été interrogés à des périodes plus espacées.

					Chaque site a participé à ce programme sur une période de 2 ans, ce qui est une période raisonnable pour pouvoir juger de l'efficacité ou la non-efficacité d'un tel programme.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?		X		Quatre états se sont portés volontaires pour suivre ce programme d'implantation. Les détails quand à la sélection de ces états, le type de services, de population... ne figurent pas dans l'étude. L'étude nous renvoie à un article en annexe où ils détaillent le mode de sélection des 12 sites. Toutefois, il est difficile de leur en tenir rigueur, à savoir que dans une telle étude l'échantillon fait référence à un état ou un service de santé mentale tout entier, il est donc difficile de détailler le caractère individuel de chaque participant. De plus, cela ne consiste pas une variable à l'étude.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X		Il n'y a pas de chapitre faisant référence à cette question.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Tout d'abord il y a la trousse d'application du programme qui est utile dans l'étude. La trousse comprend un manuel, de la documentation pour chaque module, les directives de praticiens pour chaque module, des brochures d'information, une vidéo d'introduction, la vidéo de formation de praticiens, une échelle de fidélité, et des mesures de résultats. Les chercheurs ont ensuite fait des entretiens réguliers avec les formateurs de chaque site pour obtenir des données de façon qualitative. Ces entretiens ont été enregistrés et transcrits dans un deuxième temps.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			La cohérence est visible. Le point de départ de l'étude est le rétablissement des patients atteints d'une maladie mentale sévère et de l'implantation d'un programme de rétablissement et de gestion de la maladie dans les services de santé mentale. Les instruments sont donc tout à fait en accord avec le phénomène étudié.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de			X	Oui, les différents sites ont reçu la trousse d'application mais aussi des cours dispensés par des formateurs et des consultations sur une période de 2 ans. L'analyse des résultats permis de classer les établissements en fonction de leur fidélité au programme et en intégrant les imprévus qui auraient pu changer la donne (départ/arrivée de personnel par exemple) puis une synthèse

	préserver les droits des participants (éthique) ?				à été établie pour déterminer les facilitateurs et obstacles.  Les considérations éthiques n'apparaissent pas dans l'étude.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Le déroulement de l'étude a été convenablement expliqué. Les chercheurs expliquent l'ampleur du projet national sur le rétablissement et le fait que ces 12 sites se soient manifestés pour faire partie de l'étude. L'explication de la trousse pour appliquer le programme ainsi que le déroulement de l'étude en ont découlé.
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair*</b>	<b>Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques</b>
<b>Résultats</b> Traitement des données	-Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Oui, les moniteurs de mise en œuvre ont été chargés de coder les entretiens qualitatifs transcrits et les notes de terrain des différents sites dans le site Atlas.ti selon ce schéma dimensionnel. Une fois les entrevues finales et les visites complétées et codées, les moniteurs de mise en œuvre ont généré 26 fichiers pour chaque dimension. Grâce à l'analyse minutieuse du contenu de cette liste, la mise en œuvre des moniteurs a été jugée par pallier, chaque dimension comme étant un facilitateur ou une barrière à la mise en œuvre globale, résumant leur jugement dans un tableau d'affichage tridimensionnel. Chaque dimension a également attribué une note de synthèse à partir de 2 (haut facilitateur) à -2 (haute barrière). Ce score de synthèse a été créé afin de faciliter la comparaison inter-site et également pour donner aux analystes un moyen d'évaluer et de classer rapidement l'impact d'une dimension.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats ont été répartis en 4 grandes catégories : Le leadership, la culture organisationnelle, la supervision, la formation. Des études de cas de deux sites (un de haute fidélité et l'autre de basse fidélité) sont présentées en fin de résultats pour expliquer l'importance de ces 4 catégories qu'elles soient analysées de façon individuelle ou collective.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches	X			La discussion permet de mettre en balance les différents facilitateurs et obstacles que les auteurs ont pu relever au cours de l'étude. Les liens avec les recherches antérieures sont reprises à la fin de la discussion.



	antérieures ?				
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Le sujet de l'étude se prête parfaitement à la généralisation des résultats car elle aborde un aspect certes de santé mentale mais également de management et de structure d'équipe, sujet qui est plus facilement transférable d'un contexte à un autre.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?			X	Les limites de l'étude ne sont pas clairement définies. Toutefois on suppose une limite en parcourant l'étude. Les auteurs soulignent la différence de fidélité entre certains des 12 sites où l'étude a été menée. Aussi, certains sites ont du faire face à des départs de personnel très expérimentés et au courant du programme pour finalement laisser place à du personnel avec peu d'expérience et qui ne connaissent pas les particularités du programme de rétablissement. Cela peut être considéré comme une limite à l'étude étant donné que certains sites n'avaient pas les mêmes dispositions d'équipe.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			La discussion traite des quatre catégories répertoriées dans les résultats, de leurs importance dans un programme d'implantation du rétablissement et de comment elle s'influencent entre elles. Aussi, le niveau de fidélité a permis de comprendre pourquoi les résultats pouvaient être excellents sur un tel site et moins bons dans un autre. Ces facteurs de fidélité peuvent donner des indications pour la pratique et déboucher sur d'autres recherches.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien écrit et structuré dans l'ensemble. La lecture est agréable et facilement compréhensible. On repère la chronologie et la logique des auteurs tout au long de l'étude. Toutefois, nous avons eu la sensation que cette recherche faisait partie d'un projet général d'une plus grande ampleur, et que cet article n'en était qu'un des rouages. On parle dans l'introduction d'un programme national, puis d'une sélection de 12 sites pour cette étude. Des informations concernant la sélection des sites et l'échantillonnage nous renvoient à la référence d'un autre article ce qui laisse à penser que cette étude prend part à un plus grand projet.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière	X			Les auteurs ont tirés des conclusions en s'appuyant sur les résultats qu'ils exposent ensuite comme une sorte de recommandation pour la pratique. L'aspect positif avec cette étude, c'est qu'elle traite des facteurs influençant la mise en pratique d'un tel programme et ceci au niveau des besoins de formations, apprentissage.... mais surtout en terme de management d'équipe,

	ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				de leadership et d'organisation d'équipe. Les conclusions sont donc facilement applicables à tout type de service qui souhaiterait mettre en place ce genre de programme.
--	---	--	--	--	---

\*Peu Clair = Information incomplète. Explication : Dans le cadre d'une revue de littérature systématique, si l'information fournie dans l'article de recherche par leurs auteurs est incomplète / peu claire, les reviewers (chercheurs qui effectuent la revue de littérature) prennent contact avec les auteurs de la recherche en vue de clarifier les points manquants.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche qualitative**

**Article 10**

Noiseux, S. et Ricard, N. (2005). Le rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie. *Perspectives infirmières*. 10-22.

**Provenance de l'étude**

Québec, Canada

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			La population, à savoir les patients atteints de schizophrénie est citée ainsi que le phénomène d'intérêt qui est le rétablissement, il manque le contexte.
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Les parties ne sont pas citées mais il explique la méthode qui sera d'effectuer selon une approche de la théorisation ancrée auprès de quarante et une personne et qui permettra de dégager 7 catégories qui définissent l'expérience vécue des patients vivant le rétablissement et formant une théorie du rétablissement. Le but de la recherche qui est de mieux saisir le vécu de ces patients et pourra guider les chercheurs et cliniciens à comprendre le phénomène du rétablissement.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Il explique l'intérêt grandissant pour le concept du rétablissement et mettent en avant la difficulté à définir ce dernier. C'est pourquoi ils veulent, à l'aide de cette étude proposer une explication de ce concept.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Il explique l'évolution du concept de rétablissement depuis 1980 ainsi que les limites qui le touche actuellement dans différents pays.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?			X	Le cadre conceptuel qui est le rétablissement est mis en évidence mais il n'est pas défini comme ou explicité comme un cadre conceptuel.

Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Les questions de recherches sont citées et sont : l'absence de démarche systématique conduisant à la proposition d'une explication théorique du rétablissement selon une conception infirmière, l'absence de recherches axés sur les opinions de divers groupes touchés par le rétablissement, la rareté des études portant sur le rétablissement de personnes schizophrènes au Québec.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Elles découlent de l'état des connaissances et de ce qui manque au point de vue de la recherche scientifique.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? -Les temps passés sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Le devis est cité, il s'agit d'une théorisation ancrée. Les méthodes correspondent, un échantillon a été sélectionné, des entrevues ont été organisées et l'analyse des données a été faite à l'aide du modèle paradigmatique proposé par Corbin et Strauss.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			L'échantillon est composé de patients atteints de schizophrénie, des proches et des soignants (41 participants). Le cadre dans lequel les entrevues ont été faites, ont été choisi par les participants.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	X			Il y a eu une saturation empirique.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Ils ont organisé des entrevues durant entre 60 et 90 minutes qu'ils ont enregistrées puis retranscrites.
	-Y-a-t-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les	X			Le phénomène, les problématiques ainsi que les outils pour la collecte de données sont adéquats.

	instruments de collecte des données ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Ils ont décrit le déroulement de l'étude : acceptation du projet, choix de l'échantillon, entrevues, analyse des données puis les résultats.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?			X	Ceci n'est pas expliqué dans l'étude et ne se retrouve pas par déduction.
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair*</b>	<b>Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques</b>
<b>Résultats</b> Traitement des données	-Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Ils ont utilisé le modèle de Corbin et Strauss et ont expliqué celui-ci afin que l'on comprenne bien la méthode de traitement des données.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont d'abord cités sous forme de points puis sont expliqués dans le texte qui suit.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?			X	Dans la discussion les résultats sont comparés avec des connaissances antérieures et avec la vision holistique du rétablissement mais elles restent peu discutées car dans la discussion, il mettent surtout l'accent sur ce que l'étude apporte à la pratique infirmière et ce qu'il manque encore comme recherches scientifiques.

	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Les résultats sont utilisables pour la pratique infirmière ce qui permet de généraliser les conclusions pour la pratique infirmière et ils expliquent comment les résultats peuvent être utiles et généralisés.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?			X	Les limites de la recherche est que les valeurs de l'investigatrice principale ont influencé l'interprétation des données empiriques recueillies. Mais ils ne citent pas d'autres limites de l'étude.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les résultats peuvent contribuer à influencer la manière dont les infirmières perçoivent le rétablissement et dont elle évaluent l'évolution du rétablissement de patients atteints de schizophrénie et expliquent le besoin de recherches scientifiques sur cette thématique.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Les parties sont bien distinctes ce qui permet de retrouver les informations dont nous avons besoin et nous permet de bien analyser l'article à l'aide de cette grille.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats sont utilisables pour la pratique infirmière mais restent limités car cela ne touche que les patients atteints de schizophrénie.

\*Peu Clair = Information incomplète. Explication : Dans le cadre d'une revue de littérature systématique, si l'information fournie dans l'article de recherche par leurs auteurs est incomplète / peu claire, les reviewers (chercheurs qui effectuent la revue de littérature) prennent contact avec les auteurs de la recherche en vue de clarifier les points manquants.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

### Grille de lecture critique d'un article scientifique Approche quantitative

#### Article 11

Clarke, S. Oades, L. Crowe, T. Caputi, P. Deane, F. (2009). The role of symptom distress and goal attainment in promoting aspects of psychological recovery for consumers with enduring mental illness. *Journal of Mental Health*. 18(5): 389-397.

#### Provenance de l'étude

Australie

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Il décrit la population qui sont les consommateurs atteints d'une maladie mentale chronique, l'intervention qui est la promotion du rétablissement, la comparaison entre les symptômes de détresse et l'atteinte des objectifs. Mais ils ne disent pas le résultats.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			On y trouve le contexte qui est la conceptualisation du rétablissement concernant non seulement l'amélioration des symptômes mais comprenant aussi la mise au point de l'espoir, le sens et l'auto-identité. Les objectifs qui sont d'examiner si les mesures de bases des symptômes, le fonctionnement et le rétablissement sont associés au progrès des objectifs ainsi que d'examiner l'impact de l'atteinte des objectifs sur l'amélioration des résultats de la santé mentale. La méthode était de soutenir 71 consommateurs dans la réalisation de leur objectifs. Les résultats de l'étude démontrent que l'atteinte des objectifs aide les patients dans la construction de leur rétablissement.
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?			X	Le problème n'est pas clairement énoncé mais ils disent dans l'introduction que les chercheurs n'ont pas réussi à identifier toutes les études quantitatives de mesure de l'impact de la réalisation des objectifs établies sur des améliorations dans le rétablissement ou de mesures fonctionnelles des résultats pour les consommateurs souffrant d'une maladie mentale chronique.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les	X			Elle résume les connaissances sur les variables en expliquant que la réalisation des objectifs augmente le bien être au sein des populations non cliniques et que l'atteinte des objectifs favorise la

	variables étudiées ?				maîtrise de la vitalité, le but et le sens de la vie, le développement de l'identité et de la croissance personnelle. Ainsi, aider un consommateur dans ses objectifs l'aidera dans son bien être subjectif et psychologique et donc le rétablissement sera amélioré.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		On ne trouve pas la définition des concepts ou d'un éventuel cadre de référence.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			L'hypothèse est décrite : On suppose qu'il y aurait une relation positive entre l'atteinte des objectifs et des améliorations sur les mesures symptomatiques, fonctionnelles et du rétablissement pour les consommateurs ayant enduré la maladie mentale.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Elle découle des connaissances décrites dans l'introduction ainsi que des recherches antérieures car ils ont pu trouver des recherches parlant des résultats sur le rétablissement lorsque les patients ont atteint leurs objectifs.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			X	Le devis de recherche n'est pas décrits mais l'on suppose qu'il s'agit d'un devis quantitatif car l'on cherche à mesurer l'impact de l'atteinte des objectifs et qu'il explique dans la recherche que des chercheurs ont voulu trouver les études quantitatives parlant de cette thématique.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Les participants ont été recrutés par leurs prestataires de santé mentale dans le cadre d'une initiative. Les participants sont atteints d'un trouble psychotique depuis au moins 6 mois, ont plus de 18 ans et ont plus de 5 comme total sur l'évaluation des besoins de Cramberwell. 242 participants ont accepté de participer à l'étude et 71 participants ont fourni des données liées à cette recherche. 68 travailleurs de la santé ont aussi participé à l'étude et leur âge moyen était de 40,72 ans.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			X	Dans l'étude ils ne parlent pas de l'adéquation de la taille de l'échantillon .
Collecte des données	-Les instruments de	X			Ils expliquent qu'ils vont utiliser la technologie de but collaborative (CGT), c'est une intervention



et mesures	collecte des données sont-ils décrits ?				pour établir des objectifs développés pour une utilisation dans des contextes de gestion de cas, et le rétablissement comme un processus individualisé et d'encourager la collaboration entre le consommateur et les travailleurs de la santé mentale. Ils ont aussi utilisé comme instrument de mesure les HoNOS, les K10 . Le LSP16 et la RAS qui vont leur permettre de mesurer le rétablissement.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Ils ont décrit la variable à mesurer qui est l'atteinte des objectifs et le niveau de rétablissement
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		X	La procédure est décrite, ils expliquent qu'ils ont examiné à l'aide du CGT et ont ainsi eu le CGI au bout de trois mois ce qui indique le progrès des objectifs au bout des trois mois. Puis ils ont évalué le rétablissement avec les sous-échelle afin de voir s'il y a une corrélation entre l'atteinte des objectifs et le rétablissement.  Ils ne parlent pas de mesures prises afin de préserver les droits des participants.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Il y a eu une analyse des statistiques. En effet, ils décrivent dans la recherche que le pourcentage moyen de l'atteinte des objectifs est de 48,18, ce qui indique que le consommateur a atteint un niveau d'atteinte des objectifs avec succès. L'écart type indique une variation significative entre les consommateurs de leur niveau d'atteinte des objectifs. Le nombre moyen d'objectifs fixés par les consommateurs était de 2.83. Une corrélation négative a été trouvée entre les scores de référence sur le K10 et le CGI, ce qui indique que les consommateurs qui ont déclaré avoir moins de symptômes de détresse au début de la période de trois mois ont obtenu un plus grand progrès dans l'atteinte des objectifs et du rétablissement. Il y avait une relation positive entre le CGI et le RAS ce qui indique que les consommateurs ont également rapporté des gains plus importants au niveau de la confiance en soi et de l'espoir et ont aussi rapporté un plus grand sens de l'orientation du but. Une relation inverse a également été observée entre le HoNOS et l'atteinte des objectifs. Les consommateurs qui ont une plus grande réduction des consommations de drogues et d'alcool ont

					connu une meilleure atteinte des objectifs
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés sous forme de tableau et de schéma afin d'avoir une vision claire de ces derniers.
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair*</b>	<b>Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques</b>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les principaux résultats sont discutés avec des connaissances théoriques. En effet les résultats soulignent l'importance d'un cadre de rétablissement de la gestion des cas à la fois en soulageant les symptômes et en encourageant les suivis des objectifs personnels significatifs afin de favoriser le rétablissement d'une maladie mentale chronique. L'atteinte des objectifs soutient le rétablissement et diminue les comportements déviants.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	Ils ne parlent pas de la généralisations des conclusions mais mettent en avant ce qu'il faudrait encore développer dans de futures recherches. Mais on peut tout de même dire que les résultats sont difficilement généralisables due à la petite taille de l'échantillon.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Ils expliquent que les limites de l'étude sont la petite taille de l'échantillon et la nécessité de mesurer d'autres facteurs identifiés dans la littérature comme l'impact sur la relation de l'atteinte des objectifs et les résultats.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?		X		Il ne parlent pas des conséquences sur la pratique clinique.

<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Les chapitres sont clairs et bien séparés afin que l'on s'y retrouve en lisant cette recherche.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Cela donne des clés comme instruments de mesure pour évaluer le rétablissement ainsi que les symptômes de détresse.

\*Peu Clair = Information incomplète. Explication : Dans le cadre d'une revue de littérature systématique, si l'information fournie dans l'article de recherche par leurs auteurs est incomplète / peu claire, les reviewers (chercheurs qui effectuent la revue de littérature) prennent contact avec les auteurs de la recherche en vue de clarifier les points manquants.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche qualitative**

**Article 12**

Noiseux, S., Tribble St-Cyr, D., Corin, E., St-Hilaire, P.-L., Morissette, R., Leclerc, C., Fleury, D., Vigneault, L. et Gagnier, F. (2010). The process of recovery of people with mental illness: the perspectives of patients, family members and care providers: Part 1. *BMC Health Services Research*.

**Provenance de l'étude**

Québec, Canada

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre est assez explicite. La première partie « The process of recovery of people with mental illness » nous indique le phénomène étudié à savoir le processus de rétablissement chez des personnes avec une maladie mentale. La seconde partie du titre « the perspectives of patients, family members and care providers » apporte des précisions sur les aspects du rétablissement qui y seront étudiés et la population cible pour l'étude (l'étude portera sur la vision et les perspectives du rétablissement des consommateurs, proches et prestataires de soins).
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le contexte de l'étude, sa méthode, les résultats obtenus ainsi que la conclusion sont décrits dans le résumé et permettent une compréhension globale du déroulement de l'étude.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Oui, il s'agit de démêler le vrai du faux au sujet du rétablissement afin de faire émerger un modèle théorique qui soit assez général pour être appliqué par les praticiens mais qui puisse tenir compte des singularités de chaque personne/cas. De plus les auteurs cherchent à croiser les données recueillies de la part des patients, proches et intervenants afin de faire ressortir les points de convergence et de divergence entre les différentes versions.

Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			La recension des écrits explique cette diversité de significations du rétablissement et le fait que celles-ci changent suivant le milieu où elles sont utilisées. L'introduction décrit également le type d'études qui ont été faites précédemment et qui ne prenaient en compte que certains aspects du rétablissement de façon individuelle. Ils mettent ainsi en avant leur méthode et prônent le croisement des données effectué dans cette étude qui leur a permis d'avoir une vision globale d'une situation où le rétablissement pourrait être efficace.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			La compréhension du processus de rétablissement est mis au centre et utilisé comme fil rouge pour l'étude. Les auteurs ont le désir de confronter la vision des consommateurs en santé mentale avec celle des proches et prestataires de soins qui les accompagnent dans leur processus de rétablissement.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Les auteurs avaient comme objectif de confronter les visions des différents acteurs intervenant dans le processus de rétablissement d'une personne souffrant de maladie mentale (proches et prestataires de soins). Les auteurs ont ensuite voulu faire émerger les points de convergence et de divergence entre les dires des personnes interrogées pour pouvoir établir un modèle théorique adéquat.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Les auteurs partent des connaissances actuelles pour ensuite arriver au sujet de leur recherche. Cette étude est innovante car elle met en avant l'aspect de la triade, encore peu utilisé dans la recherche scientifique. Cela peut être perçu comme une continuité des recherches qui existent déjà.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? -Les temps passés sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Les auteurs ont utilisé un devis de recherche qualitatif inductif pour pouvoir mieux comprendre le concept de rétablissement.  Des entretiens semi-structurés avec les différents participants (d'une durée variant entre 45 et 90 minutes) ont permis de récolter les données nécessaires à cette recherche scientifique. Cette méthode est totalement en adéquation avec la tradition de recherche pour ce genre de questionnaire.  Le temps passé sur le terrain n'est pas abordé dans l'étude.

Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			<p>L'échantillon s'est composé de 36 participants, répartis en 12 triades. Chaque triade était composée d'une personne souffrant d'une maladie mentale, un proche et un intervenant de soins. Sur le total des participants « patients » 10 étaient des femmes et 2 des hommes. Ils prenaient tous un traitement de psychotropes au moment de l'étude. 3 hommes et 9 femmes ont composé l'échantillon des intervenants. Quant aux proches, l'échantillon était également composé de 3 hommes et 9 femmes. L'échantillonnage s'est fait en respectant des critères d'inclusion et d'exclusion rigoureux.</p> <p><b>Les critères d'inclusion</b> : étaient inclus : des patients qui ont un diagnostic de schizophrénie, troubles affectifs, troubles anxieux et personnalité borderline, étant en mesure d'identifier un membre de la famille important et un fournisseur de soins susceptible de prendre part à l'étude, vivant dans la communauté, étant dans un état stable, sachant lire, écrire et parler français.</p> <p><b>Les critères d'inclusion des membres de la famille</b> : avoir un lien significatif avec la personne ayant un problème de santé mentale participant à la recherche et savoir lire, écrire et parler le français.</p> <p><b>Les critères d'inclusion pour les intervenants de soins</b> : avoir suivi pendant au moins une année une personne ayant un problème de santé mentale qui a accepté de prendre part à l'étude et savoir lire, écrire et parler le français.</p> <p><b>Les critères d'exclusion étaient</b> : être dans une période aigue ou être hospitalisé et avoir une déficience intellectuelle.</p>
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			X	Nous n'avons pas d'informations à ce sujet.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Trois guides d'entretiens ont été préparés, un pour chaque type de participants (patient, proche ou intervenant). Ils ont tous les trois été testés auprès de deux personnes et des modifications ont pu être faites suite à cela. Ces guides étaient composés de questions d'ordre général au départ, pour inciter les participants à se confier et ne pas les orienter vers des réponses pré-conçues. Des questions plus spécifiques ont permis par la suite, d'ammener les participants à préciser leurs réponses.

	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Oui, les auteurs cherchent à confronter les visions des différents acteurs du rétablissement et faire émerger les similitudes et contradictions pour établir un modèle théorique général. Les entretiens semi-structurés sont un excellent moyens d'obtenir des réponses complètes et individuelles. Le fait de répartir les participants en triades à permis de répondre à la question de recherche des auteurs.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Les participants ont été recrutés avec l'aide de psychiatres qui ont permis d'identifier les personnes qui pourraient être les plus coopératives. Les patients ont été contactés et sélectionnés en respectant un certains nombres de critères d'inclusion et d'exclusion puis un consentement éclairé leurs à été demandé afin d'assurer l'aspect éthique de l'étude. Les entretiens semi-structurés ont permis la récolte de données. Ils ont été enregistrés puis transcrit mot à mot. L'analyse des données à ensuite été faite par le chercheur principal et le coordinateur de recherche. Les auteurs ont ensuite croisé les données afin de mettre en lumière les points qui convergent et divergent.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			L'étude est suffisamment détaillée dans son déroulement pour permettre la généralisation de certaines conclusions.
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Résultats Traitement des données	-Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			L'analyse des données à été faite par le chercheur principal et le coordinateur de recherche. Les thèmes principaux comme la rechute, la stratégie ou la motivation ont été réunis dans des tableaux individuels qui ont permis de mettre en lumière une image complète de chaque entretien. Les transcriptions des entrevues ont été traitées par un programme informatique de traitement des données. Ces mêmes mots clés ont émergés suite à l'utilisation de ce programme. Les données ont par la suite été indexées et codées pour pouvoir être regroupées par caractéristiques et propriétés. Les auteurs ont ensuite examiné les données et les liens entre les différentes catégories pour pouvoir effectuer une analyse intersubjective

					comme le propose le modèle de Miles et Huberman. Les similitudes entre les groupes et les catégories émergentes ont été faites une fois que la méthode de codage et les résultats étaient significatifs.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les auteurs ont présenté les résultats en exposant des études de cas pour chaque type de pathologie rencontrée. Ces études de cas ont été associées à l'intervenant et au proche correspondant. Cela facilite la lecture et permet de faire immédiatement des liens entre les visions des patients et celles des proches et intervenants. Des tableaux viennent compléter les résultats permettant une visualisation claire et rapide des informations importantes.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les résultats sont discutés et confrontés. La triade a permis de croiser les résultats et de faire émerger certaines hypothèses de compréhension. Ces résultats ont pu être mis en lien avec les recherches déjà existantes. Les bénéfices de la triade sont souvent mis en avant dans cette étude, car cette méthode est rarement utilisée.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Le respect des principes théoriques et empiriques d'échantillonnage ainsi que la description rigoureuse des contextes dans lesquels se déroule la recherche permet de déterminer si oui ou non les conclusions peuvent être transférées.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Le plus gros biais de l'étude était que les patients avaient à cœur de ne donner que des réponses socialement acceptables. Cela a donc pu provoquer des incohérences entre les visions des patients et celles des proches ou intervenants. Ensuite, il nous faut souligner que même si l'analyse des données a suivi une méthodologie très rigoureuse les résultats n'en sont pas moins une construction humaine.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Grâce aux triades, cette étude a permis d'avoir une nouvelle vision nouvelle de l'approche du concept de rétablissement. Beaucoup d'études traitent de la vision du rétablissement pour les consommateurs ou intervenants mais deux composantes rendent cette étude intéressante. La première est que l'avis des proches est pris en compte, la seconde est le croisement des données qui permet de mettre en lumière les points de convergence et divergence entre le avis des différents participants.



<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est écrit avec un vocabulaire adapté et compréhensible. Le fil conducteur de l'étude est visible tout au long de l'étude. Les résultats sont également exposés de façon intéressante. Les études de cas pour chaque pathologie étudiée dans l'étude permet de bien séparer les informations et de faire des liens pertinents.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			L'étude apporte une nouvelle vision d'aborder la perception et signification du rétablissement, par triade. Ces résultats peuvent venir compléter les écrits actuels sur les représentations du rétablissement chez les personnes atteintes dans leurs santé mentale.

\*Peu Clair = Information incomplète. Explication : Dans le cadre d'une revue de littérature systématique, si l'information fournie dans l'article de recherche par leurs auteurs est incomplète / peu claire, les reviewers (chercheurs qui effectuent la revue de littérature) prennent contact avec les auteurs de la recherche en vue de clarifier les points manquants.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI

